
学校的理想装备
电子图书·学校专集
校园网上的最佳资源
内科常见病
BOOK
内部资料 非卖品

序言

天下之至变者病也，天下之至精者医也。难以穷其变而尽其精，然一言以概之，曰：辩证论治。

辩证论治树中医临床诊断和治疗疾病的理论原则和具体方法，是在中医理论指导下结合四诊（望、闻、问、切）的　灵活运用，从而对疾病作用正确的判断，引出理、法、方、药。它是中医诊疗学的核心和特色。

为此，本书详细介绍内科各病的中医辩证论治内容：包括概念、中西医病因病机，临床表现、该病的各种证型、主证、治法、方药、方解、贪证加减法及最新西医治疗内容。

全书力求简明而重点突出，实用而无浮泛之淡。

济世活人。吾等之愿也。仁术仁心希祈奉献本书有益于社会，为众生的健康作一分贡献。若有疾苦来求者，如能按　图泰骥，对病查书，找出证型，按法处方，照方遣疑，施治于病者，倘药石有灵，药到病除，释缚脱艰，则读者妙手回春。功同再造。期为病者之幸，读者之获，编者之愿也。

余绍源

1996.8.1 于广东省中医院



主编简介

余绍源，　　男，1940 年出生于广东惠州市。教授。1993 年广东省人民政府授予广东省名中医称号。是享受政府特殊津贴的为医疗卫生事业做出突出贡献的中医学专家。

1995 年被广东省卫生厅、广东省　　中医药管理局、广东省人事厅授予“ 广东省优秀中西医结合工作者 ”光荣称号。

现任广州中医药大学消化专业硕士导师，医疗二系内科教研室主任，广东省中医院大内科主任，消化内科主任，广东省中逸药学会消化专业委员会主任委员、广东省中药新药审评委员会委员。

内科常见病

第一章传染病

第一节流行性感冒

流行性感冒是由流感病毒引起的一种急性呼吸道传染病。简称“流感”。本病主要通过飞沫传播，具有高度传染性。根据临床表现可分为单纯型、肺炎型和中毒型三种类型。

本病相当于中医学中所记载的时行感冒、风温、湿温、暑温（湿）、秋燥等证。

本病的临床特点为起病急、全身中毒症状明显，如发热、恶寒、头痛、全身酸痛、乏力、鼻塞等，肺炎型可见剧烈咳嗽、气促发绀、胸痛、血性痰等；中毒型则见脑炎或脑膜炎的症状，如高热、剧烈头痛、神志昏迷、谵妄，抽搐等。有时可见到以恶心、呕吐、腹泻为主要症状者，称为“胃肠型”流感。

体征：可见面颊潮红，球结膜充血，咽部充血，肺部湿啰音。严重者可出现脑膜刺激征。

诊断：根据流行病学资料和临床表现，除个别散发病例和轻型病例外，诊断并不困难。确诊需要靠病毒分离或用免疫荧光抗体检测流感病毒抗原。

中医学认为本病的产生主要是由于人体感受“时行乖戾之气”、“非节之气”所致。当气候突然变化、寒暖失常之时，风邪病毒最易侵袭人体。风邪虽为六淫之首，但在不同季节，往往夹四时不正之气而入侵。春季之温、夏季之暑、秋季之燥、冬季之寒和梅雨时期之湿，固然是自然界正常的气候。但在四时之中，又有气候失常的情况。如春应温而反寒，夏应热而反冷，冬应寒而反热，即所谓“非其时而有其气”，易引起时行感冒。如《诸病源候论·时气令不相染易候》说：“夫时气病者，此皆因岁时不和，温凉失节，人感乖戾之气而生，病者多相染易。”除了“非时之气”这一外界环境、气候因素以外，人体外卫不固、正气虚弱也是发病的重要条件。正如《灵枢·百病始生篇》说：“风雨寒热，不得虚，邪不能独伤人。此必因虚邪之风，与其身形，两虚相得，乃客其形。”因此，流感的产生，是气虚邪凑的结果。外邪入侵的途径为肺系卫表，卫阳被遏，营卫失和，邪正相争，则见恶寒、发热；太阳经脉受累，则见头、身疼痛；外邪犯肺，肺气失于宣降，则见咳嗽、鼻塞。此外，由于患者体质各异，感觉外邪也有不同。如素体阳虚，易感受风寒；阴虚者易感受风热、燥热；痰湿偏盛者易感受外湿，而出现相应的临床症状。如若邪气暴盛，正气虚弱，则外邪易于人里，产生各种变证，甚至危及生命。

西医认为本病的病因是流感病毒感染。根据核蛋白抗原性的不同流感病毒分为甲、乙、丙三型。同型病毒依其表面抗原血凝素（H）和神经氨酸酶（N）抗原性的不同尚可分成若干亚型。甲型流感常呈暴发或小流行，甚至可引起大流行或世界病毒性大流行。乙型流感可引起局限小流行，丙型一般仅呈散发。流感的发病机理是病毒侵入呼吸道的纤毛柱状及其他柱状上皮细胞，使其变性、坏死与脱落。中毒型流感在中枢神经系统可见脑膜充血及脑组织软化。

［治疗］

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.冬日流感（相当于“伤寒”）。

主证：恶寒发热，头痛身痛，咳嗽痰稀白，鼻塞流清涕，身无汗出，口干不渴，苔薄白或白腻，脉浮紧。

治法：辛温解表，宣肺散寒。

方药：荆防败毒散加减。

荆芥 12 克，防风 10 克，羌活 10 克，独活 10 克，桔梗 6 克，杏仁 10 克，牛蒡子 12 克，葛根 15 克，柴胡 12 克。

方解：方中荆芥、防风、羌活、独活祛风散寒；葛根解肌止痛；桔梗、杏仁、牛蒡子宣肺止咳；柴胡和解表里。

加减法：鼻塞重者加苍耳子 10 克；咽痛明显者加黄芩 12 克、板蓝根 30 克。

典型病例：

张××，女，30 岁，干部。三天前因搞卫生脱衣而受凉，次日觉头痛、恶寒、全身肌肉酸痛，伴鼻塞流清涕，咳嗽痰白，纳差，乏力。即来门诊，现症见上述，苔薄白略腻质淡红，脉浮紧。查心肺无阳性体征发现。证属感冒风寒，以辛温解表、宣肺散寒为治，用荆防败毒散加减。处方：荆芥 12 克、防风 10 克、羌活 10 克、独活 10 克、桔梗 6 克、杏仁 10 克、牛蒡子 12 克、葛根 15 克、柴胡 12 克、生姜 3 片，服药 3 剂，诸症悉除。

2.春季流感（相当于风温）。

主证：发热不恶寒或微恶寒，身热，口干而渴，头痛，咳嗽，咽痛，尿赤便结。苔薄白或微黄、舌尖边红，脉浮数。

治法：辛凉解表，疏风散热。

方药：桑菊饮合银翘散加减。

桑叶 12 克，金银花 12 克，连翘 12 克，芦根 30 克，薄荷 10 克（后下）、竹叶 12 克，栀子 12 克，菊花 12 克，板蓝根 30 克，黄芩 12 克。

方解：方中桑叶、金银花、菊花、连翘清热疏风；薄荷辛凉透表；竹叶、栀子、黄芩兼清上中焦之热；板蓝根解毒利咽；芦根生津止渴。

加减法：高热者加青天葵 15 克、水牛角 30 克、生石膏 30 克（先煎）；咳嗽痰热甚者加杏仁 12 克、瓜蒌皮 15 克、鱼腥草 30 克；热入阳明腑气不通者，加大黄 9 克（后下），芒硝 9 克（冲）。

典型病例：

傅××，男，40 岁，工人。自述因近期天气变化频繁，衣着不当，招致感冒。初起鼻塞头痛，恶寒身疼，神疲乏力，咽痛干咳。医务室医生予以感冒通口服，青霉素肌注 3 天，但病情未见好转。昨夜发热 39.5℃。现觉头晕头痛，发热微恶寒，面红耳赤，咽痛剧烈，口干口苦，咳嗽痰少而黄，纳呆，尿黄便结。苔黄略腻，舌质红带星点，脉数。查体见双侧扁桃腺Ⅲ度肿大，但未化脓。证属外感风温，治宜辛凉解表，清热解毒利咽。方用桑菊饮合银翘散加减：桑叶 12 克、金银花 12 克、连翘 12 克、芦根 30 克、薄荷 10 克（后下）、栀子 12 克，板蓝根 30 克、黄芩 12 克、青天葵 15 克、山豆根 15 克、生地黄 15 克、全瓜篓 20 克。共服 6 剂，每日煎服两剂，每隔 3 小时服药 150㎖。第四天复诊，发热已退，仍有咽痛、头晕头痛，胃纳增加。苔薄腻质红，脉细略数。以辛凉平剂银翘散原方 4 剂，每日一剂清其余邪。

3.夏季流感（相当于暑湿）。

主证：发热，汗出，烦渴，头痛、头胀，恶心呕吐，胸闷身倦，腹痛腹泻，或渴或不渴、舌质红或不红，舌苔白滑或微腻。脉浮数或濡数。

治法：清暑化湿。

方药：藿香正气散合新加香薷饮加减。

藿香 10 克（后下），紫苏 10 克，香薷 10 克（后下），金银花 12 克，连翘 12 克，白芷 10 克，厚朴 10 克，佩兰 10 克，竹叶 10 克。

方解：方中藿香、佩兰、紫苏、香薷辟秽化湿兼解表；金银花、连翘、竹叶清暑热之气；白芷去头痛；厚朴化湿和中。

加减法：发热不解加青蒿 12 克、柴胡 12 克；腹胀腹泻、纳呆明显者加薏苡仁 30 克、白术 15 克、神曲 15 克；暑热伤阴者加西洋参 9 克（另炖），玄参 15 克、麦门冬 15 克、生地黄 30 克。

典型病例：

刘×，男，20 岁，学生。因发热、头痛，纳呆，腹痛腹泻三天就医。患者因天气炎热，嗜食生果冷饮，复因夜卧受电风扇通宵吹拂，致感受暑湿之邪。现觉身热不扬，头痛头重，骨节痠痛，四肢沉重，口干，胸闷脘痞，腹部隐痛，便溏不爽日 4～5 次。苔白腻质淡红脉濡略数。证属外感暑湿，治宜芳香化湿，疏中解表。用藿香正气散加减为治：藿香 10 克（后下）、紫苏 12 克、香薷 10 克（后下）、连翘 12 克、白芷 10 克、厚朴 10 克、佩兰 10 克、柴胡 12 克、薏苡仁 30 克、白术 15 克、神曲 15 克。水煎服，每日 1 剂，共服 5 剂。药后发热身痛等症消失，仍觉身重，疲倦乏力，大便日二次偏烂，此属湿邪滞留，余邪未尽。因寄宿学校，服汤药不便，遂嘱其早服藿香正气丸 10 克，晚服香砂六君丸 10 克，连续一周巩固疗效。

4.秋季流感（相当于秋燥）。

主证：头痛恶寒，发热鼻塞，咽干咳嗽，痰稀，无汗，舌苔薄白，脉浮。

治法：疏表透邪，开肺润燥。

方药：杏苏散加减。

杏仁 10 克，紫苏 10 克，法半夏 12 克，陈皮 6 克，前胡 12 克，桔梗 10 克，甘草 6 克，枇杷叶 12 克，玄参 12 克。

方解：方中紫苏、前胡辛散透表；杏仁宣肺润燥；法半夏、陈皮、桔梗、甘草、枇杷叶开肺利气，止咳化痰；玄参养阴清热。

加减法：偏温燥者，则见头痛身热，不恶寒，口渴咽干，咳嗽无痰或痰稠不易咯出，有汗，舌尖红，舌苔薄黄，脉数。温燥宜宣透肺卫，生津润燥。用桑杏汤加减：桑叶 12 克、栀子 12 克、杏仁 10 克、浙贝母 10 克、沙参 15 克、梨皮 12 克、连翘 12 克、金银花 12 克。

典型病例：

潘××，女，72 岁。反复咳嗽一月余，其咳入夜尤甚，痰稀色白，伴咽干而痛，头痛发热，纳呆，口干不欲饮，精神疲乏，夜寐不宁。一月来服用各种中西药物无效。来诊时，症情同上，诊得其苔薄白而少质淡暗，脉弦细。查体心肺基本正常。血常规：白细胞 4.5×l09/L，中性球 0.75，淋巴球 0.30。胸部 X 线摄片提示双肺纹理粗糙，未见实变。中医辨为凉燥，证属风寒束肺，气阴两伤。治宜疏表透邪，开肺润燥。方用杏苏散加减：杏仁 10 克、紫苏 10 克、法半夏 12 克、陈皮 6 克、细辛 3 克、五味子 9 克、桔梗 10 克、甘草 6 克、枇杷叶 12 克、玄参 12 克、当归 6 克，水煎，日 1 剂，共服 3 剂。两天后其女来告曰，母亲月余之顽咳，服药当晚就止，次日胃纳也开，精神转

好。第四日复诊，固见患者不复咳嗽，效不更方，继进原方三剂善其后。

5.变证：由卫气转营血者，症见身热夜甚，渴欲冷饮，心烦不寐，时有谵语，斑疹隐隐，鼻纽或痰中血丝，苔薄黄腻，舌质红蜂，脉细数。

治法：清营凉血，透气泄热。

方药：清营汤加减。

水牛角 30 克（先煎），生地黄 30 克，丹参 15 克，竹叶 12 克，黄连 9 克，金银花 15 克，玄参 15 克，麦门冬 15 克。

方解：水牛角、生黄地、丹参清营凉血；竹叶、黄连、金银花泄热透气，清心除烦；玄参、麦门冬养阴保津。

加减法：逆传心包者，症见壮热持续，口渴烦躁，神识昏沉，惊厥发作，舌质红绛，苔少，脉细数或弦数。治宜清心开窍，镇肝息风。可用清宫汤或羚羊钩藤汤送服安宫牛黄丸、至宝丹、紫雪丹。

典型病例：

何××，女，23 岁，工人。患者因高热 3 天，咳嗽、精神萎靡两天而被收住入院。患者一周前觉头痛，轻度发热，咳嗽，疲乏，但未重视，仍在某工厂打工，自服感冒药。三天前发热加重，至厂医处就诊时测体温为 39℃，经“打针”后热仍不退。昨天始症状加重，曾晕厥一次。昨夜偶说“胡话”。今早由工友送入院。入院后诊断为“肺炎？”经抗感染，对症处理三天后来见明显好转，且出现高热，气促，咳血性痰，乃邀余会诊。刻下症见：高热（腋温 40℃），咳嗽气促，痰中带血丝，面红目赤，嗜睡，苔薄黄略腻质红绛，脉弦细而数。查：双瞳孔等圆等大，光反应尚灵敏，巩膜充血，颈软无抵抗，胸前区布满红色斑疹，局部融合成片。心率 110 次/分，心音较低钝，无病理性杂音。双肺可闻及湿啰音，腹部无阳性体征。双下肢无浮肿，病理性神经反射未引出。实验室检查：白细胞 5.0×l09/L，淋巴球 0.20，中性球 0.80，血色素 110g/L，血小板 150×109/L，出、凝血时间正常。尿常规：白血球＋＋，蛋白＋；粪常规：正常，潜血阴性。血电解质、生化正常。心电图示心肌劳损。胸部 X 线摄片示双肺肺水肿征象。西医诊断：1.肺炎？2.猩红热？3.流行性出血热？4.病毒性心肌炎？在继续抗感染，对症支持治疗的同时，加中药治疗。中医辨证：风温-气营两播。治宜清营泄热，透热转气。用清营汤加减：水牛角 30 克（先煎）、青天葵 30 克、生地黄 30 克、丹参 15 克、竹叶 12 克、黄连 9 克、金银花 30 克、玄参 30 克、麦门冬 30 克、鱼腥草 30 克、仙鹤草 30 克，每日两剂，水煎，每三小时口服药汁 100 毫升。另用安宫牛黄丸，每日 1 个，口服。两天后体温下降，咳嗽减轻，痰中带血消失，神志清醒。后继用上方略作加减调治 10 日而愈。

（二）其他疗法：

1.针灸；取大椎穴拔罐，风池、合谷、曲池穴用毫针泻法；十宣穴用三棱针放血。

2.验方：大青叶、蒲公英、紫苏、荆芥、贯众，板蓝根各 15 克煎服，治疗各型流感，总有效率达 99%。

二、西医治疗

（一）一般疗法。

卧床休息，多喝水，多食蔬菜、水果等富含维生素的食物。食欲不佳者进流质或半流质饮食。注意室内通风，保持空气清洁，适当进行隔离，预防并发症的产生。对于无并发症者仅需进行对症处理，如解热、止痛、解痉、

止咳、化痰等。解热镇痛可用扑热息痛，少用阿斯匹林，以免引起副作用（尤其对儿童）。咳嗽较剧而无痰者，用咳必清 25mg，日服 3 次。痰稠不易咳出时，用必嗽平 8～16mg，每日 3 次。必要时并用镇静剂。抗生素的使用仅限于有细菌感染者。

（二）抗病毒治疗。

1.金刚烷胺：发病 24 小时内应用效果好，可缩短病程，减轻症状，每次 0.1 克，每日 3 次。

2.三氮唑核苷（病毒唑）：每次 0.1～0.2 克，每日 3 次。

3.中毒型流感，症状较严重者，可用抗流感 y-球蛋白 0.3～0.6ml 肌注，8 小时后可重复应用，共 4～6 次。也可试用干扰素治疗。

（钟涌涛、侯卫平）

第二节流行性脑脊髓膜炎

流行性脑脊髓膜炎是脑膜炎双球菌引起的化脓性脑膜炎。简称为“流脑”。

流行性脑脊髓膜炎在中医临床属“春温”，“风温”，“温疫”范畴。

流脑主要的临床表现一般分三种类型，即普通型、暴发型和慢性败血型。

一、普通型：占全部病例的 90%左右，分三个阶段。

（一）上呼吸道感染期：多数病人无症状，部分患者有咽痛、咳嗽、流涕、头痛等症状。

（二）败血症期：患者突发高热、畏寒、伴头痛、恶心、呕吐等。70%病人皮肤粘膜有瘀点，瘀斑，大小约 1～2 毫米至 1 厘米，严重者可融合成片。大多数患者于 1～2 天内发展为脑膜炎。

（三）脑膜炎期：败血症的症状及瘀点、瘀斑仍存在，中枢神经系统症状严重。病人头痛剧烈，呕吐频繁，血压增高，脉搏减慢，怕光，皮肤感觉过敏，甚则谵妄、昏迷或惊厥等。

二、暴发型：少数病人起病急骤、凶险，危及生命。

（一）暴发型败血症：多见于儿童，高热，头痛，呕吐，中毒症状严重，意识障碍，全身出现广泛的瘀点、瘀斑。休克是中型的重要表现，出现面色苍灰，口唇、指端紫绀，四肢厥冷，皮肤花斑，脉搏细速，血压下降，脉压缩小，甚至血压下降至零。脑膜刺激征可缺如，脑脊液澄清。血及瘀点培养细菌为阳性，实验室检查有 DIC 存在。

（二）暴发型脑膜脑炎：多见于儿童，脑实质损害的临床表现明显。迅速昏迷，惊厥频繁，锥体束征阳性，两侧腱反射不等，腿底视乳头水肿，部分病人发生脑疝，继而出现呼吸循环衰竭。

三、慢性脑膜炎球菌败血症：不多见。

临床诊断依据流行季节（三月、四月）突起高热，头痛、呕吐，伴神志改变，伴检有皮肤粘膜瘀点、脑膜刺激征阳性，临床诊断初步成立。确诊有赖于脑脊液炎症性改变，脑脊液、皮肤瘀点以及血培养找出病原菌。免疫学检查利于及早确诊。

中医认为本病病位在脑，与肺、胃、心有关。由于感受冬春季温热邪毒，加之人体起居不慎，寒温失调，正气内虚，温热邪毒易犯人体发病。病邪从口鼻而入，先犯肺胃，终必传及脑髓。邪毒极易化火，发病急骤，且传变快，

从卫分迅速蔓延到气分，表现为卫气同病，甚则侵犯营血，内陷心脑，出现气营（血）两燔及邪毒内陷心营或热盛动风等证候、严重者，因正气内溃，出现内闭外脱的危重症候。

西医认为本病的发病主要原因是脑膜炎双球菌首先入侵人体的鼻咽部，如人体免疫力低或细菌毒力较强时，致病菌由鼻咽部侵入血循环，形成败血症，最后局限于脑膜及脊髓膜，形成化脓性脑脊髓膜病变。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分开治疗。

1.卫气同病。

主证：恶寒，高热，头痛，呕吐，项强，口干渴，或见皮下斑疹隐隐，舌红，苔黄或白，脉数。

治法：清热解毒，透表达邪。

方药：银翘散合白虎汤加减。

金银花 15 克，连翘 15 克，板蓝根 30 克，生石膏 30 克（先煎），知母 10 克，芦根 20 克，竹叶 10 克，野菊花 15 克，钩藤 15 克，尤胆草 6 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：金银花、野菊花、竹叶清热透表；连翘、板蓝根、钩藤、尤胆草清热解毒；生石膏、知母、芦根清热泻火生津。

加减法：头痛剧烈加蔓荆子 15 克、葛根 30 克；皮下斑疹加牡丹皮 15 克、水牛角 30 克（先煎）、玄参 15 克、大青叶 15 克；呕吐加姜竹茹 15 克、黄连 10 克、紫苏 10 克。

2.气营（血）两燔。

主证：壮热，烦躁，头痛如劈，劲项强直，呕吐频繁，口干渴，时有谵语或昏愦不语，四肢抽搐，肌肤斑疹密布，大便干结，舌红绛，苔黄燥，脉数。

治法：清气凉营（血），泄热解毒。

方药：清瘟败毒饮加减。

生石膏 30 克（先煎），知母 12 克，生地黄 15 克，玄参 15 克，水牛角 30 克（先煎），牡丹皮 12 克，赤芍 15 克，黄连 10 克，大青叶 15 克，青天葵 30 克，板蓝根 30 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：生石膏、知母清热生津；生地黄、玄参、水牛角、牡丹皮、赤芍清营凉血消斑：黄连、大青叶、青天葵、板蓝根清热解毒。

加减法：痰盛加天竹黄 15 克、瓜篓 15 克、猴枣散 2 支（冲）；神昏加石菖蒲 10 克、郁金 15 克；头痛甚加龙胆草 10 克、葛根 30 克；大便秘结加大黄 10 克、虎杖 30 克；抽搐加羚羊骨 18 克（先煎）、全蝎 9 克、蜈蚣 2 条。

3.内闭外脱。

主证：起病急骤，初起见高热，头痛，呕吐，短期内迅速出现肌肤斑点融合成片，面色苍白，四肢厥冷，唇指发绀，大汗淋漓，呼吸微弱，神昏，舌淡黯或灰黯，苔灰黑，脉微欲绝。

治法：益气固脱，清热敛阴。

方药：参附龙牡汤加味。

人参 15 克（另炖），熟附子 15 克，生龙骨 30 克（先煎）.生牡蛎 30

克（先煎），麦门冬 15 克，五味子 10 克，生地黄 15 克，牡丹皮 12 克，丹参 15 克，红花 9 克，金银花 15 克，大青叶 15 克。急煎服之。

方解：人参益气固脱；熟附子、生龙骨、生牡蛎回阳固脱；麦门冬，五味子、生地黄敛阴；牡丹皮、丹参、红花活血化瘀；金银花、大青叶清热解毒。

4.气阴两虚。

主证：低热、神疲乏力，气短，瘀斑渐退，肢体拘急，大便干结，小便黄，舌红绛小津，苔少，脉细数。

治法：益气养阴清热。

方药：三甲复脉汤加减。

生牡蛎 30 克（先煎），龟板 30 克（先煎），鳖甲 30 克（先煎），生地黄 15 克，麦门冬 15 克，白芍 20 克，阿胶 15 克（烊化），火麻仁 10 克，青蒿 10 克，地骨皮 15 克，炙甘草 18 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：生牡蛎、龟板、鳖甲滋阴；生地黄、麦门冬、阿胶、火麻仁养阴；白芍、炙甘草酸甘化阴，青蒿、地骨皮清退虚热。

加减法：低热不退加牡丹皮 15 克，知母 12 克；汗多加浮小麦 30 克、五味子 6 克；肢体拘急加鸡血藤 30 克、桑枝 15 克、稀莶草 15 克；纳差加谷芽 15 克、麦芽 15 克。

（二〕中医应急处理。

参见流行性乙型脑炎的处理。

二、西医治疗

（一）抗菌治疗：依次选用以下药物一种。

1.磺胺嘧啶：首次剂量 40～80 毫克/公斤，静脉内缓慢注射，继以每日 80～160 毫克/公斤，分 4 次口服或静脉注射。为防止副作用，应同时给予等量碳酸氢钠及足够水分。

2.青霉素：成人每日 800 万至 1000 万单位，儿童 20 万单位/公斤，分次静脉滴注。

3.氯霉素：首剂为 30 毫克/公斤，继以每日给予 30～40 毫克/公斤，分次口服或静脉滴注。注意对骨髓抑制作用。

（二）抗休克治疗。

对于暴发型脑膜脑炎球菌败血症的治疗，除抗菌治疗外，应抗休克治疗。

1.扩充血容量及纠正酸中毒：可适用低分子右旋糖酐或平衡盐液，如酸中毒可给予 5%氢碳氢钠，必要时应用血浆或白蛋白。

2.血管活性药物：选用山莨菪碱，每次量 0.3～0.5mg/公斤，重症患儿可增至 1～2mg/公斤，静脉注射。每 10～20 分钟 1 次，待面色红润，微循环改善，尿量增多，血压回升后即可延长浴药时间。

3.强心药及肾上腺皮质激素：根据病情使用西地兰 0.2～0.4mg 加入 50%葡萄糖 40 毫升缓慢静注。激素常用氢化可的松，每日 5—10mg/公斤，一般用药 1～2 日。

4.弥漫性血管内凝血（DIC）的治疗：肝素首次剂量 1.5mg/公斤/次静脉注射或置于 100 毫升液体内缓慢静滴。以后每 4～6 小时静脉滴注 1mg/公斤/次。病情好转即停药，一般疗程 1～2 日。大片出血者，可在肝素化后，给予 6-氨基己酸 4～6 克，加入 5%葡萄糖 250ml 静滴。

（三）脱水剂应用：对于暴发型脑膜脑炎，应用脱水剂以甘露醇为主，

每次 1～2 克/公斤，根据病情每 4～8 小时静脉快速滴注或推注 1 次，直至颅高压症状好转，注意水电解质平衡。

（四）呼吸衰竭的处理：

参见流行性乙型脑炎呼吸衰竭的处理。

（杜宝新黄培新）

第三节结核性脑膜炎

结核性脑膜炎是由结核杆菌引起的脑膜非化脓性炎症。可继发于粟粒性结核及其他器官的结核病灶。以往认为本病以儿童期为常见，但目前约半数以上的患者为成人。

结核性脑膜炎在中医临床中属“真头痛”、“痉病”、“慢惊风”范畴。

结核性脑膜炎的临床表现：起病缓缦，病初可有低热、盗汗、乏力、精神不振、食欲下降、恶心、呕吐、情绪不稳，逐渐头痛加重，出现喷射性呕吐，颈项强直等颅内高压症状和脑膜刺激征。部分重症患者出现嗜睡、谵妄，甚至昏迷，可伴有惊厥、角弓反张、大小便失禁等。损害颅神经引起复视、视力下降、眼睑下垂、眼球活动障碍、瞳孔不等大以及面神经瘫痪等。

结核菌素试验可呈阳性或阴性：胸部 X 线检查可以发现肺结核等；脑脊液检查示：压力增高，外观清沏成呈毛玻璃状，放置数小时出现纤维薄膜。细胞数增高，以淋巴细胞为主。蛋白含量偏高，糖和氯化物含量降低。脑脊液可找到抗酸杆菌。

临床诊断依据是：有密切的结核接触史；可有肺部、泌尿生殖系、肠道等结核病灶；发展缓慢，有结核毒血症状，伴颅内高压、脑膜刺激征及其他神经系统症状体征，脑脊液检查符合非化脓性脑膜炎表现。

中医认为本病病位在脑，与肝脾有关。由于禀赋不足，饮食失调，忧思劳倦，七情所伤，或久病失调，导致正气亏虚，痨虫侵袭；脾虚运化失职，痰浊内生。情志不畅，肝失疏泄，耗伤肝阴，肝阳上亢，郁而化火。痰火炽盛，上炎清空则剧烈头痛，蒙蔽心窍则神昏谵语，肝火犯胃则呕吐，热盛动风则颈项强直，四肢抽搐。日久耗伤阴津，阴虚火旺或虚风内动，故见心烦不得眠、头痛、项强或手足蠕动，心中憺憺大动，甚或瘈疭等症。

西医认为本病是在人体免疫力低下或细菌毒力强时，结核杆菌经淋巴、血行播散入侵蛛网膜下腔，在人体过敏性增高的情况下，引起变态反应性炎症，感染波及软脑膜、蛛网膜进而累及脑实质和脑血管，引起临床症状。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.痰火炽盛。

主证：发热，头剧痛，呕吐，颈项强直，或神昏，谵语，四肢抽搐；伴口干苦，大便干结，尿黄，舌质红，苔黄干，脉滑数。

治法：清热泻火，涤痰镇痉。

方药：龙胆泻肝汤加减。

龙胆草 15 克，栀子 15 克，黄芩 18 克，柴胡 15 克，生地黄 30 克，黄连 12 克，姜竹茹 15 克，天竹黄 12 克，地龙 12 克，白僵蚕 12 克，泽泻 18 克，芦根 30 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：龙胆草、栀子、黄芩、黄连清热泻火；柴胡引药入肝经；姜竹茹、天竹黄清热涤痰；地龙、白僵蚕镇痉熄风；泽泻清热利湿；生地黄、芦根滋阴生津，防苦寒之药伤阴。

加减法：头痛加葛根 30 克、蔓荆子 12 克；高热加羚羊骨 15 克（先煎）；大便干结加虎杖 15 克，或大黄 9 克；四肢抽搐加全蝎 6 克、蜈蚣 2 条。

2.阴虚火旺。

主证：身热日哺为甚，头痛，心烦不得眠，颈项强直，口干咽燥，舌红，少苔或薄黄苔，脉细数。

治法：养阴清热降火。

方药：青蒿鳖甲汤加味。

青蒿 10 克，知母 12 克，牡丹皮 15 克，地骨皮 15 克，鳖甲 30 克（先煎），生地黄 15 克，沙参 15 克，白芍 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：青蒿、知母、牡丹皮、地骨皮清退虚热；鳖甲滋阴潜阳；生地黄、沙参、白芍养阴生津。

加减法：口干燥明显加花粉 15 克、石斛 12 克；不眠加酸枣仁 12 克、合欢花 9 克；纳差加生谷芽 15 克、麦芽 15 克；头痛加菊花 12 克。

3.虚风内动。

主证：身热不甚，头痛，头晕，目眩，舌干唇裂，手指蠕动，心中憺憺大动，神倦，甚或瘈疭，舌干绛，少苔，脉沉细或脉虚无力。

治法：滋养肝肾，潜阳熄风。

方药：大定风珠加减。

白芍 30 克，阿胶 10 克（烊化），龟板 30 克，生地黄 15 克，五味子 9 克，生牡蛎 30 克（先煎），鳖甲 20 克（先煎），麦门冬 15 克，山茱萸 18 克，何首乌 30 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：白芍、阿胶、五味子、山茱萸、何首乌、生地黄滋养肝肾之阴；生牡蛎、龟板、鳖甲滋阴潜阳；麦门冬养心安神。

加减法：气虚加党参 24 克、太子参 24 克。口干燥加花粉 30 克、石斛 15 克。心中憺憺动者加酸枣仁 12 克、生龙齿 30 克（先煎）、珍珠末 1 支（冲服）。

（二）中成药治疗。

1.对于证属痰火炽盛者，如高热神昏，口服安宫牛黄丸 1 丸，每日 1 次，安脑丸 1 丸，每日 2 次。高热抽搐，口服紫雪丹 1 支，每日 3 次；清开灵注射液 40～60ml 加入 5%葡萄糖 500ml，静脉滴注，每日 1 次，或醒脑静 20ml 加入 50%葡萄糖 40ml，静脉注射，后以 20～40ml 加入 5%葡萄糖 500ml，静脉滴注，每日 1 次，10 日为一疗程。2.对于证属阴虚火旺者，口服松龄血脉康，每次 3 粒，每日 3 次；知柏八味丸，每次 6 克，每日 3 次。

3.对于证属虚风内动者，口服六味地黄丸，每次 6 克，每日 3 次。参麦注射液或生脉注射液 40～60ml 加入 5%葡萄糖 500ml，静脉滴注，每日 1 次，10 日为一疗程。

二、西医治疗

（一）一般治疗：卧床休息，给予丰富营养而且易于消化之食物，补充足量维生素，如进食困难，可采用鼻饲或静脉输液。

（二）异烟肼（INH）、链霉素及对氨基水杨酸（PAS）联合：异烟肼，儿童每日 20～30mg/kg，症状好转后改为每日 10mg/kg，疗程 1.5～2 年。成

人 300～500mg/日，重症患者采用 600～1000mg/日。治疗期间同时加用维生素 B6。链霉素每日 20～30mg/kg，成人 1g/日，分 2 次肌注，连续 2 个月，以后改为隔日一次或每周 2 次，成人总量 90 克。对氨基水杨酸为每日 300mg/kg，成人 8～12g/日，静脉滴注。

（三）异烟肼、利福平，链霉素联合：异烟肼、链霉素剂量同前。利福平剂量儿童每日 10～20mg/kg，成人 450～600mg。疗程半年后，可以异烟肼、对氨基水杨酸巩固治疗。注意利福平的肝损害副作用。

（四）异烟肼、利福平、乙胺丁醇联合：前两药剂量同前，乙胺丁醇儿童每日 25mg/kg。每日剂量限于 750～1000mg。注意该药引起视神经炎副作用。

（五）重症患者每日或隔日鞘内注射异烟肼 50mg（成人）或 25mg（儿童）和地塞米松 2mg，持续 10～15 次。

（六）早期应用肾上腺皮质激素，地塞米松 10mg 加入葡萄糖静脉滴注，待症状及脑脊液检查开始好转，则逐渐减量至停用。

（杜宝新黄培新）

第四节流行性乙型脑炎

流行性乙型脑炎（简称乙脑）是由乙型脑炎病毒引起的中枢神经系统传染病。本病经蚊虫传播，常在夏秋季流行，多见于 10 岁以下儿童，临床上起病急、高热、意识障碍、惊厥、强直性痉挛和脑膜刺激征，病后留有后遗症。

乙脑在中医范畴属“暑温”、“暑厥”、“暑痫”的范畴。

一、乙脑的临床表现：潜伏期 10～15 天，多数患者症状较轻，仅少数出现中枢神经系统症状。典型病例的病程可分四个阶段。

（一）初期：起病急，无明显前驱症状。体温急剧上升至 39℃～40℃，伴头痛、恶心和呕吐，嗜睡等症状，病程 1～3 天。

（二）极期：病程第 4～10 天，主要临床表现有：1.高热：体温持续上升，可达 40℃以上，持续时间达 4～10 天。

2.意识障碍：为本病的主要临床表现，意识障碍明显障碍，由嗜睡、昏睡乃至昏迷，昏迷越深，持续时间越长，病情越严重。多见于 3～8 天。

3.抽搐：重病患者可出现全身抽搐、强直性痉挛成强直性瘫痪。

4.呼吸衰竭：严重患者因脑实质炎症、缺氧、脑水肿、颅内高压、脑疝、低血钠性脑病等病变出现中枢性呼吸衰竭，表现为呼吸节律不规则、双吸气、叹息样呼吸、呼吸暂停、潮式呼吸等，最后呼吸停止。体检发现脑膜刺激征、瞳孔对光反射迟钝、消失或瞳孔散大、深反射亢进，锥体束征阳性等。

（三）恢复期：体温下降，神志逐渐清楚，精神、神经系统症状逐日好转。重症病人仍留有迟钝、痴呆、失语、吞咽困难、四肢强直性瘫痪等。大多数经积极治疗可在半年内恢复。

（四）后遗症：约 5%～20%患者在发病后半年仍留有失语、瘫痪和精神失常等后遗症。

二、临床诊断主要依靠流行病学资料，临床表现和实验室检查的综合分析，确诊有赖于血清学和病原学检查。

（一）流行病学资料：多见于 7～9 月，华南地区高峰在 6 月至 7 月，10 岁以下儿童多见。

（二）临床表现：（略）见上述。

（二）实验室检查：

1.血象：白细胞数及分类中性粒细胞增高。

2.脑脊液：白细胞数轻度增高，糖和氯化物正常，蛋白质轻度增高。

3.血清学检查：血凝抑制试验效价 4 倍以上或特异性 1gM 抗体测定有早期诊断意义。补体结合试验效价在 1：4 或以上有诊断意义。双份血情效价上升 4 倍以上可确诊。

中医学认为本病病位在脑，与心肝肾有关。暑温邪毒侵袭人体，由表入里，从卫气入营血；暑温邪毒化火炽烈，里热炽盛，故见高热。暑邪上扰清空故头痛，嗜睡。邪热积于阳明气分，见壮热、口干渴。暑热邪毒内陷营血，血热脑灼，扰乱神明，故神昏、谵语，或热极化火，炼津成痰，痰热蒙蔽脑窍而成。热极生风，风火相煽，故见四肢抽搐、惊厥。本病易耗气伤阴，轻则余热未清，津液不足。重则因气血、营阴亏损，心肝肾三脏之阴大伤，出现阴亏阳亢，虚风内动或筋脉失养之证，恢复期尤为突出。

西医认为携带乙型脑炎病毒的蚊虫吸血时，病毒进入人体，在单核一吞噬细胞内繁殖，继而进入血液循环引起毒血症，当机体防御机能减弱时，病毒通过血脑屏障进入中枢神经系统并增殖，从而引起一系列临床症状。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.卫气同病。

主证：发热，不恶寒，头痛，呕吐，口渴，烦躁，舌红，苔白或黄，脉数。

治法：清气透表，解毒泄热。

方药：银翘散合白虎汤。

金银花 30 克，连翘 15 克，薄荷 10 克（后下），竹叶 10 克，野菊花 15 克，芦根 20 克，生石膏 30 克（先煎），知母 12 克，大青叶 30 克，板蓝根 30 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：金银花、连翘、竹叶、芦根、大青叶、板蓝根清热解毒；薄荷、野菊花辛凉透表；生石膏、知母清气泄热。

加减法：头痛者加蔓荆子 12 克、葛根 15 克；呕吐加姜竹茹 6 克，紫苏 6 克；嗜睡加石菖蒲 8 克、郁金 8 克；湿热内蕴，胸闷，腹胀，口干不欲饮加藿香 8 克、佩兰 8 克、黄连 8 克。

2.气营（血）两燔。

主证：壮热灼手，头痛，呕吐，项强，口渴，躁扰不安，嗜睡，神志时清时昧，谵语，抽搐，舌红绛或深绛，苔黄干或焦，脉细数。

治法：气营（血）两清，泄热醒脑。

方药：清瘟败毒饮加减。

生石膏 30 克（先煎），知母 15 克，水牛角 30 克（先煎），生地黄 30 克，牡丹皮 15 克，赤芍 15 克，金银花 15 克，连翘 15 克，大青叶 30 克，板蓝根 30 克，黄连 10 克，黄芩 15 克，玄参 12 克，麦门冬 12 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：生石膏、知母、金银花、连翘、大青叶、板蓝根、黄连、黄芩清热解毒；水牛角、牡丹皮，赤芍清热凉血；生地黄、玄参、麦门冬滋阴增液。

加减法：神昏谵语加石菖蒲 8 克、郁金 8 克；痰盛加天竹黄 9 克、猴枣散 1 支（冲服）；大便秘结加大黄 6 克、玄明粉 6 克（冲服）；抽搐加全蝎 6 克、蜈蚣 2 条、钩藤 9 克。3.脱证。

主证：高热、神昏、谵语、烦躁，突现呼吸短促；张口抬肩，甚则呼吸气微，大汗淋漓，四肢厥冷，舌绛，脉细微欲绝。

治法：益气养阴，四阳救逆。

方药：生脉散合参附尤牡汤。

人参 15 克（另炖），麦门冬 15 克，五味子 10 克，熟附子 15 克，生龙骨 30 克（先煎），生牡蛎 30 克（先煎）。急服。

方解：人参、麦门冬、五味子益气养阴；熟附子、生龙骨、生牡蛎回阳固脱。

4.阴虚火旺。

主证：身热，至心炽热，心烦不寐，口干咽燥，神疲乏力，舌红，苔薄，脉细数。

治法：滋阴降火，养心安神。

方药：黄连阿胶汤加味。

黄连 10 克，黄芩 15 克，白芍 15 克，阿胶 10 克（烊化），鸡子黄 2 枚，灯心草 5 扎，麦门冬 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：黄连、黄芩清热降火；白芍、阿胶、鸡子黄滋阴除炽安神；更以灯心草、麦门冬加强安神之功。

加减法：口干加人参叶 10 克；乏力气短加西洋参 15 克（另炖）。

5.阴虚风动。

主证：手指蠕动、拘挛、瘈疭，心中憺憺大动，形消神疲，唇裂、舌干绛，少苔或无苔，脉细数。

治法：滋阴养血，潜阳熄风。

方药：三甲复脉汤。

炙甘草 15 克，生地黄 20 克，白芍 15 克，麦门冬 15 克，阿胶 10 克（烊化），麻仁 15 克，生牡蛎 30 克（先煎），生鳖甲 20 克（先煎），生龟板 20 克（先煎）。每日 1 剂，水煎服。

方解：生地黄、白芍、麦门冬、阿胶、麻仁滋阴养血；炙甘草、白芍酸甘化阴，更助滋阴之功；生牡蛎、生鳖甲、生龟板潜阳熄风。

加减法：唇裂口干加玄参 15 克、花粉 15 克；神疲乏力加党参 30 克、西洋参 15 克。

（二）中医应急处理。

1.高热：

（1）针刺取合谷、曲池、大椎、内关等穴，用泻法。

（2）柴胡注射液 4ml，肌注，每日 3 次。

（3）口服安宫牛黄丸 1 丸，紫雪丹 1 支。

（4）清开灵注射液 40～60ml 加入 5%葡萄糖 500ml，静脉滴注，每日 1 次。

2.抽搐：

（1）针刺取人中、涌泉、合谷、内关、曲池、大椎等穴。实证用泻法，虚证用补法。

（2）口服安宫牛黄丸 1 丸，紫雪丹 1 支。

（3）醒脑静注射液 20ml 加入 5%葡萄糖 500ml，静脉滴注，每日 1 次。

3.昏迷：

（1）针刺百会、人中、涌泉、关元等，用泻法。

（2）鼻饲安宫牛黄丸 1～2 丸。

4.属于卫气同病、气营（血）两燔可选用清开灵注射液或醒脑静注射液静脉滴注。

5.属于脱证者可选用参麦液 20ml 加入 50%葡萄糖 40ml 静脉注射；或参麦液或生脉注射液 40～60ml 加入 5%葡萄糖 500ml 静脉滴注，每日 1 次。或参附注射注 20ml 加入 50%葡萄糖 40ml 静脉注射。

二、西医治疗

（一）加强支持疗法：保证足够营养，防止肺部感染、褥疮的发生。

（二）控制高热：采用物理降温，如冰帽、酒精擦浴、冷盐水灌肠等；或药物降温，如复方氨基比林、氯丙嗪。

（三）惊厥的处理：使用镇静止痉剂，如安定，水合氯醛，苯巴比妥等。针对惊厥原因采用相应的措施；①脑水肿所致者，给予 20%甘露醇（1～2g/kg）静滴，每 6～8 小时使用 1 次。或结合速尿、激素，高渗葡萄糖使用。②因呼吸道分泌物堵塞，缺氧所致者应给氧，保持呼吸道通畅、或气管切开。③高热者降温。

（四）防治呼吸衰竭：

1.吸氧。

2.保持呼吸道通畅：吸痰，翻身拍背，雾化吸入，使用祛痰剂。

3.中枢性呼吸衰竭早期应用东莨菪碱可改善呼吸：成人 0.3～0.6mg/次，小儿 0.02～0.03mg/kg 加入 50%葡萄糖，静注，每隔 15～30 分钟 1 次。

4.中枢性呼吸兴奋剂：用于尚有自主呼吸但减弱者。洛贝林 3～6mg/次，小儿 0.15～0.2mg/kg/次，或可拉明 0.25～0.5g/次，小儿 5～12mg/kg/次，静注。

5.脑水肿颅内压高者给予 20%甘露醇 1～2kg/次，静滴，视病情 6～8 小时 1 次。或结合速尿、激素、高渗性葡萄糖使用。

6.经积极处理，呼吸衰竭逐渐加重或自主呼吸停止，应立即行气管插管或气管切开，并用人工呼吸器以控制呼吸或辅助呼吸。

7.重症者使用地塞米松 10～15mg/日，或氢化可的松 200～300mg/日，静脉滴注。但不宜超过 3～5 日。

（五）免疫增强剂：试用转移因子，免疫核糖核酸，干扰素等。

（杜宝新黄培新）

第五节病毒性肝炎

病毒性肝炎是指由几种不同的嗜肝病毒所引起的以肝细胞坏死和炎症为主的传染病，简称“肝炎”，目前分为甲、乙、丙、丁五型。

病毒性肝炎在中医临床中属黄疸、胁痛、疫毒、虚痨等范畴。

病毒性肝炎临床表现变异很大，包括无症状的亚临床、急性无黄疸型和黄疸型肝炎，以及慢性肝炎。一般有短期的轻度或中等度发热，伴有全身乏力，食欲减退、恶心、腹胀、肝区隐痛，可出现黄疸或不出现黄疸。临床亦有无明显症状而在健康检查时被发现者。

体重：急慢性肝炎病人多数都有肝脏肿大，不同程度的扣击痛和压痛，部分病人脾脏轻度肿大，黄疸型肝炎可见巩膜、皮肤黄染，部分慢性肝炎病人可见蜘蛛痣、肝掌、面色晦黯而黝黑。

临床诊断应依据流行病学、临床症状和体征、病原学分型、血清学检查、B 超、肝活检等资料综合判断。

中医学认为病毒性肝炎病位在肝、与脾、肾有关。肝主疏泄，性喜条达而恶抑郁。脾主运化而恶湿。急性病毒性肝炎多由外因“疫疠”和湿热及内因脾虚湿热内伏或饮食不节，致肝失条达、疏泄不利、内阻中焦、湿热蕴结而引起。慢性病毒性肝炎病因主要是由于正气虚及湿热病邪蕴结不解，缠绵羁留体内形成疾病迁延不愈。肝气郁滞为慢性肝病的发病条件和基本病机，脾受肝制，运化失常，湿热内蕴不解。肝郁化火，日久的伤肾阴，肝木乏肾水涵养，故形成肝肾阴虚。肝郁脉络阻滞，久则成瘀。慢性肝炎病机转归，初在肝，先传脾，后及肾。最后导致正虚邪实或气血双虚的结局。湿热与瘀血则是疾病过程中的病理产物。

本病若迁延日久，或大病不愈，气血水积于腹内而形成膨胀、积聚、症瘕等病症。

西医认为本病的发病主要原因是肝炎病毒感染。现已知病毒性肝炎的病因至少有 6 种①甲型肝炎病毒（HAV）；②乙型肝炎病毒（HBV）；③丙型肝炎病毒（HCV）；④丁型肝炎病毒（HDV）；⑤戊型肝炎病毒（HEV）；⑥庚型肝炎病毒（HGV）。这几种肝炎病毒的核酸、生物学特征、流行病学和临床表现各不相同。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.肝胆湿热。

主证：身目发黄，尿黄，恶心、厌油，胁胀脘闷、纳呆，大便粘滞秽臭。舌苔黄腻，脉弦滑数。

治法：清热利湿，凉血解毒。

方药：清肝汤。

溪黄草 15 克，板蓝根 15 克，白花蛇舌草 15 克，蒲公英 20 克，龙胆草 12 克，赤芍 15 克，大黄 10 克，珍珠草 15 克，麦芽 30 克，枳壳 12 克，甘草 3 克。每日 2 剂，水煎服。

方解：本方以溪黄草、白花蛇舌草、珍珠草清热利湿；以板蓝根、蒲公英、大黄、龙胆草、赤芍凉血解毒；麦芽、枳壳疏肝理气。

加减法：热盛加栀子 12 克、苦参 12 克、蚤休 15 克；湿盛加薏苡仁 30 克、土茯苓 20 克；退黄重用赤芍至 30 克，便溏者大黄改虎杖 20 克。

典型病例；

陈××，女，31 岁，工人。因体热疲倦，食欲减退，上腹胀 5 天，尿黄、目黄两天前来就诊。查：巩膜、皮肤黄染，肝大右胁下 1.5㎝，脾未触及。苔黄腻舌红，脉弦滑。肝功能：GPT（ALT）115u/L，GOT（AST）45u/，TBil96μmol，DBi123μmol。HBsAg 阳性，HBeAg 阳性，抗-HBc 阳性。本证属肝胆湿热，拟清肝汤加减治疗。处方：溪黄草 15 克、板蓝根 15 克、白花蛇舌草 15 克、蒲公英 20 克、枳壳 12 克、龙胆草 10 克、赤芍 20 克、虎杖 20 克、珍珠草 15 克、麦芽 30 克、甘草 5 克，连服 7 剂，尿黄、目黄减退，腹胀除，

继服 7 剂，黄疸完全消退，胃纳好转，仍有少许疲倦。再服 7 剂，诸症消失。查肝功能各项指标均恢复正常，HBsAg 阳性，HBeAg 阳性，抗-HBc 阳性。按临床辨证继续服药，3 个月后复查，肝功能正常，HBsAg 阳性，HBeAg 阴转，抗-HBe 阳转，抗-HB 阳性。

2.肝郁脾虚。

主证：胁肋胀满、脘痞腹胀，体倦肢困，精神抑郁或烦急，便溏，舌淡苔白，脉细弦。

治法：疏肝健脾。

方药：舒肝健脾汤。

党参 15 克，柴胡 12 克，黄芩 12 克，麦芽 30 克，茯苓 15 克，郁金 12 克，白芍 12 克，枳壳 12 克，丹参 30 克，白花蛇舌草 15 克。水煎服，每日 1～2 次。

方解：以柴胡、白芍，丹参疏肝养血；党参、麦芽，茯苓、郁金、枳壳健脾疏肝；黄芩、白花蛇舌草清热解毒。

加减法：胁痛明显者加素馨花 9 克（后下）；易感冒者加黄芪 30 克；兼血瘀者白芍改赤芍 15 克；兼痰湿者加用胆南星 10 克。

典型病例：廖××，女，28 岁，文职人员。发现 HB-sAg 阳性三年余，GPT 异常两年。近来因个人问题心情不畅，饮食欠佳，右胁胀痛，暖气。脉弦细，舌淡红苔白。GPT78u/L，GOT86u/L，TP72g/L，ALB44g/L，GLB28g/L，HBsAg 阳性，抗-HBc 阳性。B 超：肝内密集光点，胆、脾正常。本证属肝郁脾虚，拟舒肝健脾汤加减治疗。处方：党参 15 克、黄芩 12 克、茯苓 15 克、柴胡 12 克、麦芽 30 克、郁金 12 克、丹参 30 克、白芍 12 克、白花蛇舌草 15 克、素馨花 9 克（后下）。连服 14 剂后胁痛消失，胃纳正常。继服上方加减半月后复查，肝功能恢复正常。HBsAg 阳性，抗-HBc 阳性。

3.肝肾阴虚。

主证：头晕目涩，耳鸣、腰膝痠软，少寐多梦，胁肋隐痛，五心烦热，口燥咽干，舌红少津，脉细数。

治法：养血柔肝，滋阴补肾。

方药：柔肝滋水汤加减。

太子参 30 克，生地黄 30 克，麦门冬 12 克，糯稻根 15 克，女贞子 15 克，旱莲草 15 克，白芍 12 克，丹参 30 克，枸杞子 12 克，桑椹 15 克，白花蛇舌草 15 克，郁金 12 克。

方解：本方以生地黄、枸杞子滋养肝肾阴；以太子参、麦门冬，女贞子、旱莲草、桑椹、丹参、糯稻根养肝治血；白芍、郁金、白花蛇舌草疏肝清热。

加减法：口苦咽干者加黄芩、蒲公英；夜寐不宁者加酸枣仁、夜交藤。

典型病例：

方××，男，35 岁，干部。6 年前发现乙肝，肝功能常反复异常。易疲倦，夜寐多梦，右胁痛。间见头晕，口干。一周前查肝功能：GPT89U/L，GOT72U/L，TP80g/L，ALB46g/L，GLB34g/L，HBsAg 阳性，抗-HBe 阳性，抗-HBc 阳性。脉细数，苔白舌红。此证属肝肾阴虚、拟柔肝滋水汤加减为治。处方：太子参 15 克、女贞子 15 克、旱莲草 15 克、生地黄 30 克、糯稻根 15 克、白芍 12 克、丹参 30 克、枸杞子 12 克、桑椹 15 克、白花蛇舌草 15 克、熟枣仁 30 克、麦芽 30 克。服药 1 周后右胁痛减少，梦少。继服上方加减，3 周后诸症消失无不适。复查肝功能正常，HBsAg 阳性，抗-HBe 阳性。抗-HBc

阳性。

4.瘀血阻络。

主证：面色晦暗或见赤缕红斑，肝脾肿大，质地较硬，蜘蛛痣、肝掌，两胁刺痛，女子行经腹痛或经色暗红有块。舌质暗紫或有瘀斑，脉沉细涩。

治法：活血化瘀，散结通络。

方药：鳖甲软肝汤。

鳖甲 15 克（先煎），桃仁 10 克，丹参 30 克，田七末 3 克（冲），穿山甲 12 克（先煎），柴胡 12 克，枳壳 12 克，黄芪 15 克，䗪虫 6 克。每日 1 剂，水煎服。

加减法：若胁下有症块，正气未衰者可加用三棱、莪术等；若正虚体弱者可加用党参 15 克、茯苓 15 克、当归 12 克等。

典型病例：

杨××，男，58 岁，干部。15 年前曾患乙肝，未进行系统的治疗。一年来疲倦，双胁刺痛，面色晦暗，鼻准头可见红斑。前胸可见蜘蛛痣。查肝功能：GPT50u/L，GOT73u/L，GGT66μ/L，TF60u/L，ALB26g/L，GLB34g/L，HBsAg 阳性，抗-HBe 阳性，抗-HBc 阳性。B 超肝内增粗光点，脾大。舌暗瘀点苔白，脉细涩。本证属瘀血阻络，拟鳖甲软肝汤加减治之。处方：鳖甲 15 克（先煎）、丹参 30 克、桃仁 10 克、田七末 3 克（冲）、穿山甲 12 克（先煎）、柴胡 12 克、枳壳 12 克、黄芪 15 克、䗪虫 6 克、毛冬青 30 克、茯苓 15 克、甘草 5 克。连服此方 15 天后胁痛除，疲倦少，按方加减服药 2 月后，鼻准头红斑消失，蜘蛛痣颜色变浅，肝功能恢复正常，现仍在服药治疗中。5.疫毒内伏。

主证：本型常无肝炎相关症状，饮食、精神状态良好，舌脉均无异常，常于体检时发现 HBsAg 阳性，而肝功能正常前来就诊。此型临床中可演变出现或肝郁脾虚或肝肾阴虚或瘀血阻络。

治法：扶正祛邪，清热解毒，健脾益气，活血祛瘀化痰。

方药：复肝汤。

蒲公英 15 克，溪黄草 15 克，白花蛇舌草 15 克，蜈蚣 1 条，黄芪 12 条，丹参 12 克，茯苓 12 克，胆南星 6 克，麦芽 10 克，赤芍 12 克，穿山甲 12 克（先煎）。将上药研粗末，煎 15 分钟左右，温服，每日 1 次。

方解：本方以黄芪、溪黄草、白花蛇舌草益气清热解毒；以茯苓、丹参、赤芍、穿山甲、胆南星健脾活血祛瘀；蜈蚣、麦芽解毒疏肝。

加减法：肝郁脾虚加素馨花 9 克、郁金 12 克，柴胡 12 克；肝肾阴虚加女贞子 15 克、旱莲草 15 克、熟枣仁 30 克；湿热者去黄芩加虎杖；瘀血明显者可酌加田七末 3 克（冲服）。

典型病例：

陈××，女，23 岁，服务员。患者于半年前单位健康检查时发现 HBsAg 阳性，HBeAg 阳性，抗-HBc 阳性，但无任何不适感觉。就诊前一周查 HBsAg 阳性，HBeAg 阳性，抗-HBc 阳性。脉细弦，舌稍红苔薄白。本证属疫毒内伏，拟以复肝汤加减治之。处方：蒲公英 15 克、溪黄草 15 克、白花蛇舌草 15 克、黄芪 30 克、丹参 30 克、茯苓 15 克、蜈蚣 2 条、穿山甲 12 克（先煎）、甘草 5 克。按上方加减治疗 3 个月后，复查肝功能正常。HBsAg 阳性，HBeAg 阴转，抗-HBe 阳转，抗-HBc 阳性。

（二）穴位注射疗法。

适应证：慢性肝炎转氨酶反复异常。症见疲倦、纳差，或邪毒内伏无临床症状者。

治疗方法：胸腺素注射液 10 毫克（4 毫升），以足三里、蠡沟、肝俞为主穴，三阴交、太冲为配穴，每次选一对主穴，一对配穴，在所选穴位作常规消毒后，用 5 大短针头取胸腺素 4 毫克，快速垂直刺入穴位 0.5 厘米，再缓缓向深部刺入 1 厘米，得气后，回抽无血后即将药液注入、每穴 1 毫升，隔日 1 次，连续 3 个月一疗程。经临床总结总有效率为 42%。

二、西医治疗

（一）急性肝炎。适当的休息、合理的营养和一般的支持疗法。重症可给予高渗葡萄糖、维生素 C、肝泰乐、门冬氨酸钾镁等。

（二）慢性肝炎。

1.抗病毒药物：①阿糖腺苷 10～20㎎/kg 天，静脉滴注，7～10 天为一疗程。②干扰素 500 万至 1000 万单位肌肉注射/1 次，7～21 天为一疗程（可与阿糖腺苷连用）。③无环乌苷 10～15㎎/kg，每日或隔日一次，静脉滴注，连用 30～60 天。④干扰素诱导剂，最常用的是聚肌胞 2～4㎎/次，肌肉注射，每桩 2～3 次，疗程 3～6 个月。

2.免疫调节剂：①免疫抑制疗法，常用药物有肾上腺皮质激素（强的松、强的松尤、地塞米松）、强力新、秋水仙碱、硫唑嘌呤等。②免疫促进剂，所用药物有免疫核糖核酸、胸腺肽、猪苓多糖、香菇菌多糖、云芝胞内多糖及白介素-Ⅱ等。

3.改善肝细胞功能的药物 适量补充多种维生素。1-6 二磷酸果糖 5～10g 加于 5%葡萄糖液或缓冲液 100㎖ 内静脉注射，每日 1 次，2 周为一疗程。阿卡明每日 3 次，每次口服 0.1～0.2g，2～3 个月为一疗程。

（三）重症肝炎。

1.一般疗法：绝对卧床休息，饮食宜低盐、低脂肪、高糖、保证充分的热量。不能口服者可静脉滴注 10%～25%葡萄糖 1000㎖，内加胰岛素 12u、氯化钾 2g。限制蛋白质摄入，每日低于 20g，在昏迷期禁食蛋白质，禁用含氨药物，慎用镇静剂，利尿剂。保持水、电解质平衡。注意保持口腔及皮肤清洁。

2.抗病毒治疗：可用磷甲酸钠治疗，总量可达 30g。

3.免疫调节剂的应用：①早期患者免疫学检查证明有较强免疫反应者，可选用虎珀酸氢化可的松 300～500㎎ 加于 10%葡萄糖 500㎖ 中，静脉滴注，每日 1 次，待病情好转逐渐减为隔日 1 次至每周 1 次。②胸腺肽 20㎎ 加于 10%葡萄糖 250㎖ 中静脉滴注，每日 1 次，待病情好转逐渐减为隔日 1 次至每周 1 次。③强力宁 160～240㎎ 加于 10%葡萄糖 500㎖ 中静脉滴注，每日 1 次，待病情好转逐渐减少为 80～120㎎/日。

4.改善微循环的药物：可选用莨菪类药物和小剂量肝素、丹参等。东莨菪碱 0.6～1.2㎎ 加入 10%葡萄糖液中静脉滴注，每日 1 次。

5.对症治疗 :①肝昏迷者常用左旋多巴 0.5～1g,每日 4 次口服,或 300～600㎎ 加入 10%葡萄糖中滴注，1～2 次/日，亦可 5g，1 次/日，保留灌肠。重症肝昏迷可用支链氨基酸（BCAA）溶液 500㎖/日，静脉滴注。还可以用胰高糖素-胰岛素疗法：每日胰高糖素 1～2㎎、正规胰岛素 6～12u，加入 10%葡萄糖 500㎖ 中静脉滴注，2～3 周为一个疗程。②因肝细胞合成凝血因子减少所致出血者，可用凝血酶原复合 400u 加入 5%葡萄糖 250㎖ 中静脉滴注，

每周 3～4 次，并用维生素 K20～30㎎ 肌注或稀释后静滴，每日 1 次。③伴脑水肿者，可用 20%甘露醇，1g/kg/次，于 30 分钟内快速静脉滴完，必要时 4～6 小时重复 1 次。同时给予利尿、导泻，并大量反复使用缓解脑血管痉挛的药物，如东莨菪碱、山莨菪碱、阿托品等。④肾功能衰竭者：严格限制液体量，忌用肾毒性抗生素，可用甘露醇、速尿等利尿，亦可加用多巴胺 20～80㎎ 静滴，扩张肾动脉。并可根据病情采用腹膜透析。

（吴黎明）

第六节肠伤寒（副伤寒）

肠伤寒及副伤寒是一种由伤寒杆菌引起的急性肠道传染病。

肠伤寒在中医临床中属“湿温”的范畴。

肠伤寒典型的临床表现包括持续高热，面色苍白，腹胀肠鸣，表情淡漠，恶寒身痛，纳差便秘等。

体征：舌苔厚腻，相对缓脉，肝脾肿大，少数病者，在发病第 6～7 天，于胸部出现玫瑰疹。

临床诊断的确立是根据有流行病史，具有典型的临床症状及实验室检查白细胞低下，嗜酸性自细胞计数减少，肥达氏反应：O 抗体凝集效价 1∶80，H 抗体凝集效价 1∶160 以上。

中医学认为肠伤寒病位在脾，与胃、心肝相关，湿热之邪是本病的主要致病因素，饮食不节，脾胃受伤，导致湿邪内困是本病的发生条件。当湿热之邪入侵，初时从口而入，困遏卫表，为时短暂，继而传里，郁蒸气分，若素体中阳偏旺，邪从热化，病变偏重于胃，表现为热重于湿，素体中阳不足，邪从湿化，病变偏重于脾，表现为湿重于热，是其病机特点。临床出现的持续高热，相对缓脉，玫瑰疹乃是湿热蕴蒸的病理变化，若湿热之邪化火化燥，则出现热盛伤津，内迫营血，内闭心包，引起肝风内动等变证，后期往往因湿热粘滞难解，有余邪未尽的证候。

西医认为本病的发病主要原因是感染了伤寒杆菌，导致持续菌血症，使网状内皮系统受累，远端回肠微小脓肿及溃疡形成，其他沙门氏菌特别是副伤寒甲、乙、丙也可以引起类似伤寒的临床表现，统称为副伤寒，副伤寒一般病情轻，病程也短。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.邪遏卫表型。

主证：身热不扬，伴恶寒头痛，肢倦，胸闷脘痞，纳呆，舌质红，苔白腻，脉濡缓。

治法：芳香化湿，透表清热。

方药：伤寒 1 方。

青蒿 15 克（后下），藿香 15 克，杏仁 12 克，葛根 20 克，金银花 30 克，连翘 15 克，茯苓皮 30 克，薏苡仁 30 克。每日 2 剂，水煎服。

方解：本方以青蒿、藿香芳香宣透，杏仁开肺利气，葛根、金银花、连翘清热解表为主药佐以茯苓皮、薏苡仁淡渗利湿，共建解表透邪清热利湿之功。

加减法：头痛昏胀甚加菊花 15 克、钩藤 15 克；发热不退加栀子 10 克、竹叶 10 克。

典型病例：

李×，男性，22 岁。发热 5 天，诊时症见高热不退，午后加甚，头痛身痛，口干而不欲饮，胸腹胀满，厌食乏力，舌质红，苔白腻微黄，脉濡缓。体温 40℃，腹胀叩之如鼓，化验白细胞 4.5×l09/L，嗜酸性细胞 0.01×l09/L，伤寒血清凝集反应，O 抗体凝集效价 1：160，H 抗体凝集效价 1：320，辨为湿温，证属湿重于热，邪遏卫表以致发热不退拟伤寒 I 方加枝子，厚朴治疗。处方：青蒿 15 克（后下）、藿香 15 克、杏仁 12 克、葛根 20 克、金银花 30 克、连翘 15 克、茯苓皮 30 克、薏苡仁 30 克、栀子 15 克、厚朴 20 克，煎服 6 剂，发热已退，栀子能清三焦湿热之火，厚朴行气化湿散结除痞，配伤寒 I 方而能奏效。

2.湿热郁阻气分型。

主证：发热，口渴不欲饮，胸痞腹胀，肢瘘倦怠，表情呆滞，舌红，苔黄腻，脉滑。

治法：清热解毒，化湿和中。

方药：伤寒II方。

青蒿 30 克（后下），黄芩 20 克，黄连 10 克，地锦草 60 克，藿香 15 克，佩兰 15 克，滑石 30 克，法半夏 15 克。每日 2 剂，水煎服。

方解：本方以青蒿芳香宣透退热为主药，佐以黄岑、黄连、地锦草清热燥湿、泻火解毒；藿香、佩兰、法半夏化湿和中；滑石清热利湿。

加减法：若腹胀腹痛加柴胡 10 克、厚朴 20 克以行气止痛泄热；呕恶者加竹茹 15 克、白豆蔻 6 克（后下）清热止呕。

典型病例：

陈××，女性，28 岁，因“肠伤寒”入院 16 天前畏寒发热，午夜尤甚，头痛，疲倦乏力纳减，肌注“柴胡注射液”，口服“速效伤风胶囊”无效，10 天前病情加重，高热烦躁，头痛，全身酸痛，胸痞腹胀，表情呆滞，舌红，苔黄腻，脉滑，检查：体温 40.5℃，P82 次/分，左胸部出现玫瑰疹，血象：白细胞 3.8×l09/L，中性球 0；60，嗜酸性粒细胞计数 0，肥达氏反应阳性（“O”1：320，“H”1：320），B 超脾肿大。本证属湿热郁蒸气分，拟伤寒II方加减治疗。处方：青蒿 12 克（后下）、黄芩 20 克。葛根 20 克、柴胡 30 克、生石膏 30 克（先煎）、藿香 15 克、佩兰 15 克、法半夏 15 克、滑石 30 克、威灵仙 15 克，连服 5 剂热退，为巩固疗效，上方药物略减，再投 10 剂，药尽，诸证消失，白细胞总数为 7×109/L，嗜酸性粒细胞计数为 0.08×l09/1，脾未触及，大便连续 3 天培养无伤寒杆菌生长，共住院 17 天痊愈出院。

3.湿热弥漫三焦型。

主证：高热不退，咽肿溺赤，胸闷腹胀，院闷纳呆，口渴不欲多饮，舌红，苔黄腻，脉滑数。

治法：清热利湿，宣通三焦。

方药：伤寒III方。

青蒿 15 在（后下），水牛角 30 在（先煎），生石膏 60 克（先煎），炒栀子 15 克，连翘 15 克，大青叶 20 克，竹叶 12 克，滑石 50 克，石菖蒲 6 克，白豆蔻 8 克（后下）。每日 2 剂，水煎服。

方解：本方以青蒿、水牛角、大青叶清热泻火退热为主药，佐以生石膏清气分实热，连翘透上焦热邪，滑石、竹叶泄下焦热邪，枝子解郁除烦，石菖蒲、白豆蔻行气化湿开窍。

加减法：若感邪严重，湿热蕴蒸营血，出现便血加牡丹皮 15 克、水牛角 30 克（先煎）、生地黄 15 克；湿热内熏肝胆出现黄疸胁痛加茵陈蒿 30 克、溪黄草 30 克；若引动肝风出现神昏痉厥予安宫牛黄丸或紫雪丹。

典型病例：

曾××，男性，26 岁，因持续高热 20 天住院，20 天前饮食不慎起病，初时恶寒高热，头晕头痛，呕吐泄泻，经治疗发热不退，虽恶寒减轻，但极度疲乏，咳嗽纳呆，腹中隐痛，大便干结，小便短赤，口干苦。诊时症见：面色赤垢，神清淡漠，皮肤灼热，舌红苔黄腻，脉滑数，肥达氏反应结果："H"1：640，"O"1：320，确诊肠伤寒，本证属湿热弥漫三焦，拟清热利湿，宣通三焦为治，拟伤寒III方加味治疗。处方：青蒿 12 克（后下）、水牛角 30 克（先煎）、生石膏 60 克（先煎）、炒栀子 15 克、连翘 15 克、大青叶 20 克、竹叶 12 克、滑石 50 克、石菖蒲 6 克、白豆蔻 8 克（后下）、虎杖 30 克、杏仁 12 克，煎服 6 剂，发热退，虎杖既能泻下通便又能化痰止咳，合杏仁增加宣肺止咳之功。药达病所而取效。

4.余邪未尽，气阴两伤型。

主证：肠伤寒后期，症见身热不扬，腹胀微闷，知饥而纳食不多，舌质嫩红，苔薄微腻，脉濡缓。

治法：轻清芳化，醒脾畅气。

方药：伤寒IV方。

青蒿 6 克（后下），牡丹皮 10 克，芦根 20 克，太子参 30 克，石斛 15 克，厚朴花 12 克，佩兰 12 克，慧苡仁 30 方解：本方以青蒿芳香清热透邪；牡丹皮内清伏热为主药；佐以芦根、石斜、太子参滋阴清热、益气养胃；厚朴花、佩兰、慧苡仁化湿醒脾，共收益气养阴、健脾开胃之功。本方加减治疗延长治疗疗程三周以上可减少伤寒复发。

二、西医治疗

（一）一般治疗及对症治疗。

酌情选用营养丰富、容易消化的流质、半流质饮食，成人每日供应热量约 1600 卡，补液量约 2000—3000ml 以上，注意纠正电解质紊乱。

发热期应卧床休息，注意观察体温、脉搏血压变化，高热者慎用水扬酸盐类，以免诱发虚脱及肠出血，便秘者禁用灌肠和硫酸镁泻剂。

（二）病原治疗。

1.氯霉素。是治疗本病的首选药，剂量为 25—30mg/kg，体温降至正常后剂量减半，总疗程不应少于 2 周，治疗期间注意氯霉素的毒副作用，每周复查血象 2 次，白细胞总数低于 2500mon1/mm3 时应停药。

2.复方新诺明（sMZ）成日每日 4 片，2 次分服，1 疗程 2—3 周，副作用有恶风、呕吐、血象低下及皮疹等，主要是磺胺所致。本品疗效与氯霉素相似。

3.氨苄青霉素成人每日 80—100mg/kg，肌注或静滴，总疗程不应少于 2 周。本品治疗伤寒疗效不及氯霉素，但胆汁内浓度高，适用于氯霉素禁忌的患者和带菌者的治疗，危重病例可与氯霉素或复方 sMZ 合用。副作用轻，有药诊，药执等副伤寒的治疗同肠伤寒，预后较好。

（戴兆红）

第七节细菌性痢疾

细菌性痢疾（简称菌痢）是由志贺菌引起的一种常见肠道传染病。人群普通易感，儿童发病率远较成人为高，一年四季均可发生，多流行于夏秋季节。

菌痢在中医临床中属“肠澼”、“滞下”、“痢疾”的范畴。

菌痢主要的临床表现是腹痛、腹泻、里急后重，排粘液脓血便等为特征。

发病前有一潜伏期，约数小时至 7 天，一般为 1—2 天，由于感染的菌种不同，机体反应不一，症状表现轻重不一。

（一）急性期。

以消化道症状为主，主要以腹痛，腹泻，里急后重，大便带粘液脓血。部分病者可有恶心、呕吐，食欲不佳等。腹痛以左下腹为主，可有压痛。腹泻轻者，每日不超过 10 次，大便呈糊状或水样，少量粘液；重者每日 10—20 次或更多，以至失禁，呈脓血便。少数病人可见中毒表现，多发生于儿童，起病急骤，急起高热 39℃—40℃，烦躁，谵妄，惊厥反复发作，继而面色苍白，四肢厥冷，少尿，迅速发生周围循环衰竭，呼吸节律不齐，深浅不均，以至呼吸衰竭等急症。

（二）慢性期。

急性菌痢治疗不好时，病程超过 2 个月以上者，其表现反复出现腹痛、腹胀、腹泻、排粘液或脓血便，或便秘、腹泻交替，左下腹有压痛，或因饮食不当、受凉、劳累等诱因而急性发作。

实验室检查：

1.粪便检查：镜下可见脓细胞及吞噬细胞可培养出志贺菌。

2.血象：急性者常有白细胞增多及中性粒细胞增高。

3.乙状结肠镜检查：可见肠结膜充血、水肿及浅表性溃疡等。

4.X 片检查：钡灌肠可见结肠蠕动增强，肠壁增厚，肠腔狭窄及肠段缩短等改变。

中医学认为菌痢病因一为外感时邪疫毒（如暑湿、风寒、疫毒等），二为内伤饮食（饮食积滞、生冷不洁等）。病位主要在肠胃，时乘患者正气虚弱之机侵入肠胃，湿热邪毒积滞肠道与肠内气血相搏，肠道脉络受损，致气滞血瘀，症见腹痛。邪毒内郁，气机壅滞，下病里急后重，邪毒有下池之机，伤气分别致白痢，伤上分则致赤利，气血两伤则妄自相兼。毒邪积于肠胃不能排毒下达，迅及化火，出现发热，并很快内窜营血。邪入心包，扰乱神明，则证见昏迷。

西医认为本病发病主要原因是感染志贺菌，引起乙状结肠及直肠病变，重者累及整个结肠和回盲部。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.湿热痢。主证：腹痛，里急后重，下痢赤白肛门灼热，小便频赤，苔腻微黄，脉滑数。

治则：清热解毒，调气行血。

方药：芍药汤加减。

白芍 15 克，甘草 6 克，当归 12 克，木香 10 克，槟榔 12 克，黄芩 15 克，黄连 12 克，金银花 15 克，肉桂 1 克（焗服）。每日 1 剂，水煎服。

方解：芍药、甘草、当归和营以治脓血；木香、槟榔行气以除后重；黄芩、黄连、金银花以清热解毒；肉桂辛温以通郁结，诸药合用，有调气行血，清热解毒的作用。加减法：病重者加白头翁 15 克，呕吐甚者加竹茹 9 克止呃逆；血痢、腹痛甚者加赤芍 12 克、地榆 15 克、枳实 9 克以凉血止血，行气止痛，若兼恶寒，身重表证者加用葛根 30 克。

典型病例：

李××，男，23 岁，发热腹痛，腹泻已 2 天，腹泻初为水样便后转为粘液脓血便，频频入厕，每天约 10 余次。伴轻度发热，周身倦怠无力，腹痛、头痛，口渴饮少，舌红苔黄，脉数有力。查白血球 160×109/L，中性球 0.75，粪便红血球＋＋，白血球＋，脓细胞＋＋，阿米巴（一），便培养志贺痢疾杆菌。诊断为痢疾一湿热型。经当归芍药汤治疗 3 天后大便 6 次/日，里急后重大减，4 天后大便正常，继服 3 剂痊愈。

2.疫毒痢。

主证：发病急骤，痢下鲜紫脓血，腹痛剧烈，里急后重较湿热痢为甚，或壮热口渴，头痛烦躁，甚则神昏痉厥，舌质红绛苔黄燥，脉滑数。

治法：清热凉血解毒。

方药：白头翁汤合黄连解毒汤。

白头翁 30 克，黄连 15 克，黄芩 15 克，秦皮 12 克，葛根 30 克，黄柏 12 克。每日 1 剂，水煎服或者鼻饲。

方解：黄连、黄柏、黄芩清热燥湿；白头翁苦寒清热，解毒凉血；秦皮清热化湿，收涩止痢。诸药合用共有清肠解毒，泄热开窍之功。

加减法：加赤芍 15 克、牡丹皮 12 克、地榆 15 克清热凉血解表；抽搐者加钩藤 15 克、全蝎 6 克平肝熄风；壮热烦躁皮肤有紫斑者加犀角 3 克（磨冲服），或代以水牛角 30 克（先煎）、牡丹皮 15 克、生地黄 15 克、赤芍 15 克以清营凉血；昏迷、痰鸣者加郁金 12 克。天竹黄 12 克、胆南星 12 克以豁痰辟秽；惊厥频繁、神志不清者加安宫牛黄丸豁痰开窍。本病暴急，往往危急生命，宜中西医结合治疗。

3.虚寒痢。

主证：下痢稀薄，带有白冻，日久不愈，甚则滑脱不禁，腹痛隐隐喜按，食少神疲，四肢不温，口淡不渴，腰痠怕冷，舌质淡、苔薄白、脉沉细而数。

治则：温补脾肾，收涩固脱。

方药：附子理中汤合真人养脏汤加减。

熟附子 15 克，党参 15 克，白术 15 克，炮姜 9 克，肉豆蔻 12 克，罂粟壳 12 克，肉桂 1.5 克（焗服），诃子 15 克，木香 10 克（后下）。

方解：党参、白术补气健脾、肉桂温中补虚；肉豆蔻、诃子、罂粟壳收敛固涩；木香理肝疏达气机；熟附子、干姜温中散寒。诸药合用共有温补脾肾、而收止痢之功。

加减法：浮肿者加黄蔑 15 克、茯苓 15 克、大腹皮 12 克益气利水；脱肛者加黄蔑 15 克、升麻 6 克、赤石脂 16 克，益气升提、涩肠。

典型病例：

张××，男，40 岁，痢病后时有复发，这次下痢 1 周，大便有粘液而不

爽，里急后重，日行 4—7 次，左下腹按痛，体倦神疲，小便微黄，大便验有红白血球，未培养出细菌，舌尖红质淡，苔白腻，脉沉迟。诊为虚寒痢，治宜温中理湿。药用党参 12 克、苍术 12 克、干姜 6 克、炙草 6 克、陈皮 6 克、泽泻 12 克、茯苓 15 克、肉桂 1.5 克（焗服）、木香 6 克、诃子 6 克。3 剂后大便减形，余症减。上方加川楝

子，又服 7 剂而巩固疗效。

4.阴虚痢。

主证：痢下赤白脓血或粘稠鲜血，脐腹的痛，虚坐努责、厌食、心烦口渴，舌质红降少苔，或舌光红少津，脉细数。

治法：养阴泄热，清肠止痢。

方药：黄连阿胶汤加减。

黄连 15 克，阿胶 15 克（烊化），黄芩 15 克，白芍 15 克，马齿苋 30 克，生地黄 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：黄连、黄芩清胃肠湿热；芍药、阿胶养阴血；生地黄养阴清热；马齿苋排毒止痢。诸药合用共奏养阴清热止痢之功。

加减法：阴虚重者加沙参 15 克、石斛 12 克；痢下多血者加牡丹皮 12 克、赤芍 15 克、地榆炭 15 克；胃纳差加扁豆 20 克、山药 15 克、山楂 12 克；脱肛者加升麻 6 克、诃子 12 克。

典型病例：

谢××，男，31 岁，夏初患痢，缠绵已 3 月，便急后重，脓血积液，当腹酸痛下通时，以手按腹，痛明显，肌瘦纳呆，舌干少苔，脉沉细，辨证为阴虚痢。治宜养阴清热，用白芍 15 克、牡丹皮 12 克、黄连 15 克、地榆 15 克、阿胶 15 克（烊化）、生地黄 30 克。赤芍 15 克、白头翁 15 克，连服 7 剂药证大减，加减 5 剂而愈。

5.休息痢。

主证：下痢时发时止，缠绵经平难愈，饮食减少，倦怠嗜卧，怯冷懒言，发时有里急后重，大便下赤白粘液，舌质淡，苔腻，脉濡软或虚数。

治则：理中健脾，清肠化滞。

方药：连理汤加减。

黄连 15 克，党参 15 克，白术 15 克，干姜 9 克，炙草 6 克，槟榔 15 克，枳实 12 克。

方解：党参、干姜、白术、甘草温中健脾；黄连清除肠中湿热余邪；槟榔、枳实调气行滞。诸药同用，共奏温中清肠行滞之功。

加减法：气虚者加黄芪 15 克，胃纳差者加山药 15 克、炒扁豆 15 克，若下痢急性发作可参考湿热痢辩证。

典型病例：

刘××，男，28 岁，8 年前曾患泄痢 5—8 次，治疗不彻底，去秋过劳后又发，病情加重，现症泄下完谷不化，3—4 次/日，挟粘液，腹痛肠鸣，喜温喜按、后重较甚，腰痰疲倦，纳减消瘦，舌胖嫩、质淡、苔白滑、脉沉细弱。辨证为休息痢，脾阳虚弱，命火不足，清阳不升。治宜温补脾肾，佐以升清，药用党参 15 克、破故纸 15 克、白术 15 克、干姜 10 克、升麻 5 克、黄连 12 克，5 剂后腹痛泻泄均减，又服 5 剂而愈。

（二）穴位注射疗法。

1.氯霉素 0.5㎖ 注入足三里，对急性菌痢有一定疗效。每天 1 次，一周

一疗程。

2.腹痛，便次频繁者，可用普鲁卡因注入足三里。每天 1 次，3 天一疗程。

（三）单方、验方。

1.穿心莲 4 克，每日 4 次。

2.马齿苋、一见喜、凤尾草、铁苋菜、金银花、板蓝根、地锦草，选其1—2 种，每种 30 克，水煎服，每日 1 次，7 天为一疗程，对急慢性菌痢均有疗效。

二、西医治疗

（一）抗菌治疗。

1.黄连素 0.3—0.5 克口服，每日 3 次。

2.甲氧苄氨嘧啶（TMP）与磺胺类联合应用，目前常用复方磺胺甲基异恶唑，每次 2 片，每日 2 次，疗程 1 周。

3.呋喃唑酮（痢特灵），每次 0.1 克，每日 4 次，疗程 1 周。

4.其他可选用土霉素、四环素、氯霉素、强力霉素等。

5.短程快速疗法。在特殊状况如战时、救灾等执行紧急任务时，对早期患者适用，痢特灵 0.5 克加 TMP0.3 克，每天 1 次，疗程 2 天；黄连素 1 克或苦参粉 1 克加 TMP0.3 克，每天 1 次，连服 3 天；四环素 2.5 克，顿服。

（二）中毒性菌痢。采用综合措施，尽早治疗。

1.降温止惊。可用物理降温如冰帽、冰枕、温酒精擦浴等，同时可用 1%温盐水 1000ml 流动洗肠。

2.抗休克，包括扩充血容量及血管活性药物运用。

3.抗脑水肿。

4.抗菌治疗。可用庆大霉素成人 120—140mg/日，小儿每日 3—5mg/kg，或氨节青霉素 50—100mg/kg 静脉滴注。

（侯卫平钟勇涛）

第八节阿米巴病

阿米巴病是一种肠道传染病，其中以溶组织阿米巴侵入结肠后所致以痢疾症状为主者，称之为阿米巴痢疾，其易于复发变为慢性，其病变特点以腹痛、腹泻及暗红色酱样大便为主，若阿米巴原虫可经血流一淋巴或直热迁移至其他器官者，称之为肠外阿米巴病，最常见有阿米巴肝脓肿。本病属肠道传染病，通过饮食、水源和手等经口感染，对人群为易感者，其发病决定于人体抵抗力，病后免疫力不稳定。多见夏秋二季，世界各地均有病例，尤以热带和亚热带地区多见。我国在解放后，贯彻“以预防为主”方针，发病率大为下降。

阿米巴痢疾在中医临床中属“痢疾”，“泄泻”，“久痢”范畴。阿米巴肝脓肿，属中医“肝痈”的范畴。

阿米巴痢疾主要的临床表现是以腹痛，腹泻，大便呈暗红果酱样，并有恶臭，伴有里急后重，大便镜检可见有红白细胞，可找到溶组织阿米巴滋养体为特征。临床鉴别可作乙状结肠镜和血清免疫学检查。按其临床表现轻重，可分为以下几种类型：

1.轻型：患者无全身症状，轻度腹痛，数次稀便，仅在大使镜检或培养

时见阿米巴滋养体而确诊。

2.普通型：起病缓慢，轻度发热，腹痛，腹泻，每日大便 10 多次，伴里急后重，大便量中等，带粘液和脓血。典型粪便为暗红色酱样，有恶臭。

3.暴发型：甚为少见，起病急暴，进展甚快，病状危笃，高热，寒战，恶心呕吐，腹泻暴注，大便每日数十次，可伴有意识障碍与循环衰竭。

4.慢性型：多为普通型的继续，如：误治、失治等原因所致，症状时轻时重，时发时愈，发作时，大便带粘液或脓血；间歇期，无症状如健康。此类病者，常为阿米巴病的重要传染源。

并发病：阿米巴痢疾常并发肠出血、肠穿孔；

阿米巴肝脓肿：以缓慢起病者为多，之 85%。其主要表现为：发热，多为驰张热或间歇发热，肝区持续性钝痛，肝脏肿大，慢性病者有贫血、消瘦、软弱与营养不良性水肿。肝脏 B 超和 CT 检查可协助诊断，肝穿刺可确诊，但须与细菌性肝脓肿、原发性肝癌等相鉴别。

临床诊断阿米巴痢疾以腹泻暗红色果酱样大便，大便检查或培养发现阿米巴滋养体为主，心要时可作血清免疫和结肠镜检查辅助诊断。

中医学认为：阿米巴痢疾多由外感湿热、疫毒、内伤饮食等所致，常因饮食不当，或误食不洁食物，损伤脾胃，则湿热疫毒或寒湿之邪乘虚侵入胃肠，导致腑气不通，脉络失和，气血阻滞，化为脓血，发为下痢。迁延日久，转为慢性，正虚邪恋，时发时止，或积年累月，耗伤正气，甚至下元虚冷，脾肾虚寒。同时，湿热疫毒过于壅盛，内伤于肝，薰的肝络，血败肉腐，蕴成症积或肝痈。总之，病位在肠，与肝脾相关。

西医认为：本病病因在于阿米巴原虫，其包囊进入人体消化道以后是否发病，主要取决于人体抵抗力，并与原虫的数量，毒力及肠道菌群情况有关。其包囊进入小肠后分裂成小滋养体并破坏肠壁，形成痢疾。其滋养体进入血管或淋巴系统后，可到达肝、脑、肺等脏器组织，形成肠外阿米巴病，最常见是阿米巴肝脓肿。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.阿米巴痢疾的辨证分型治疗：

（1）湿热型。

主证：腹痛阵作，下痢粘液或有脓血，肛门灼热，里急后重，小便短赤，舌红，苔黄腻，脉弦数。

治法：清热化湿通滞，调气行血，抗原虫。

方药：白头翁汤合芍药汤加减：

白头翁 18 克，黄连 10 克，黄柏 12 克，秦皮 12 克，甘草 6 克，白芍 12 克，当归 6 克，木香 10 克（后下），肉桂 1.5 克（焗服），大黄 15 克（后下），槟榔 12 克。

方解：本方以白头翁、黄连、黄柏、秦皮清热化湿，抗阿米巴原虫；大黄清热导滞和血；白芍、甘草、当归、广木香、肉桂、槟榔和血行气，解降里急后重和腹痛症状。

加减法：湿重于热者，加车前子 15 克、藿香 12 克；兼有食滞者，加神曲 9 克。

（2）寒湿型。

主证：痢下呈淡酱样便，或夹有粘白冻物，伴有腹痛，里急后重，饮食乏味，脘闷腹胀，头身重困，舌质淡，苔白厚腻，脉濡缓。

治法：温化寒湿，佐以行气散寒。

方药：胃苓汤加味：

苍术 15 克，白术 12 克，厚朴 10 克，肉桂 1.5 克（焗服），茯苓 15 克，泽泻 12 克，猪苓 12 克，陈皮 10 克，当归 12 克，木香 10 克（后下），枳实 10 克，甘草 6 克。

方解：苍术、白术、厚朴、陈皮湿化寒湿；茯苓、泽泻、猪苓利气，化湿邪；当归、木香、枳实、肉桂化湿散寒而止痢疾。

（3）虚寒型。

主证：久痢不愈，下痢稀薄，带有白冻，腹部隐痛，口淡不渴，食少神疲，畏寒肢冷，舌淡，苔白薄，脉细弱。

治法：温中散寒，健脾化湿。

方药：理中汤加味：

干姜 10 克，白术 12 克，党参 18 克，炙甘草 10 克，熟附子 9 克（先煎），肉桂 3 克（焗服），苍术 12 克，白蔻仁 10 克，茯苓 15 克。

方解：本方以干姜、白术、党参、炙甘草健脾胃，益气补虚；熟附子、肉桂温阳和中，祛散寒邪；苍术、白蔻仁、茯苓化湿气，和脾胃。是方有散寒温中、健脾化湿止痢之功。

（4）脾胃虚弱，湿热留滞型。

主证：下痢时作时止，日久不愈，发作时便下脓血，里急后重，腹部疼痛，饮食减少，倦怠怯冷，舌质淡白，苔腻时黄，脉细。

治法：健脾胃，清湿热，佐以调气和营。

方药：连理汤加味。

党参 18 克，白术 12 克，茯苓 15 克，炙甘草 10 克，黄连 12 克，当归 8 克，赤芍 15 克，地榆 12 克，木香 12 克（后下）。

方解：党参、白术、茯苓、炙甘草能健脾胃；黄连、地榆清除肠中湿热；当归、赤芍和营血；木香善于调和肠胃之气，起止痛之功。

典型病例：

李某某，男，45 岁，广州郊区农民。因“反复大便次数增多，时伴有粘液近一年”为主诉就诊。病者初起病并不在意，每因饮食不注意，则大便次数增多，有时每日 2—4 次，且伴有粘液，质烂，里急后重，时有腹痛，自以为“慢性结肠炎”服用黄连素和抗菌药物，症状能缓解；但延后一段时间，上述症状又发作，如此反复不已。查病者慢性消瘦面容，胃纳较差，精神疲倦，舌质淡白，苔黄腻，脉细，经多次大便镜检：发现大便阿米巴滋养体。确诊为“慢性阿米巴痢疾”。属中医久痢，以“脾胃虚弱，湿热留滞”为病机，治则以健脾益气，清化湿热，抗阿米巴为治则。处方以连理汤加味：党参 18 克、白术 12 克、茯苓 15 克、炙甘草 10 克、黄连 12 克、当归 8 克、赤芍 15 克、地榆 12 克、木香 12 克（后下）、白头翁 15 克、每日 1 剂；另：用鸦胆子 10 克（以龙眼肉包服），并服用西药灭滴灵 0.3 克，日 3 次，7 日为一疗程。

本例经两个疗程后，大便次数增多等症状消失，精神和胃纳情况，较前已有改善，并经多次大便镜检阴性。

2.阿米巴肝脓肿：

（1）肝经湿热成痈。

主证：寒热阵作，右胁下症块，疼痛拒按，口苦口干，大使粘垢或带脓血恶臭，舌红苔黄，脉弦数。

治法：清泻肝经湿热，活血排脓。

方药：龙胆泻肝汤合仙方活命饮加减：

龙胆草 12 克，黄芩 15 克，栀子 12 克，泽泻 15 克，车前子 10 克，白头翁 12 克，金银花 15 克，柴胡 12 克，皂角刺 10 克，当归 10 克，赤芍 12 克，浙贝母 12 克，天花粉 12 克，穿山甲 12 克（先煎），甘草 6 克。

方解：本方以龙胆草、黄芩、栀子、泽泻、车前子清泻肝胆实火；白头翁清热抗阿米巴原虫；金银花、皂角刺、当归、赤芍、天花粉、浙贝、穿山甲、甘草共奏清热排脓；柴胡引药归肝经。

加减法：大便秘结者，加大黄 9 克（后下）；高热不退者，加青天葵 15 克；大便里急后重，加木香 12 克、槟榔 12 克。

（2）正气亏虚，肝积成痈。

主证：久病低热不已，盗汗自汗，面色苍白，胁下症积坚硬，或兼有神疲肢软，胃纳不佳，舌淡红，少苔，脉细弦数而无力。

治法：扶正滋阴，消积化痈。

方药：黄蔑鳖甲散加减。

炙黄芪 15 克，炙鳖甲 15 克（先煎），柴胡 12 克，生地黄 18 克，知母 15 克，地骨皮 15 克，白头翁 15 克，秦艽 12 克，皂角刺 10 克，甘草 6 克。

方解：炙黄芪、鳖甲扶正滋阴；生地黄、知母，地骨皮、秦艽清热益阴；白头翁清热利湿抗原虫；皂角刺、甘草清热化脓。

加减法：正气亏虚甚、食少、神差、乏力、少气、懒言者，加党参 15 克、白术 12 克、茯苓 15 克；虚热甚者，去炙黄芪，加青蒿 12 克、牡丹皮 12 克清虚热。

典型病例：

陈某，男性，45 岁，海丰县农民。平素嗜酒酪及鱼生食物。一月前，因进不洁鱼生之后，觉腹痛不适，大便每日 3 次，里急后重，时夹黑酱样物，自认为“湿热”，服用夏桑菊、广东凉茶和小量先锋霉素，症状改善。但大便仍每日 2 次，胃纳尚可。半月前，起自觉低热，伴有恶寒，汗出，右胁疼痛，口苦，胃纳差，在当地医院作肝胆 B 超疑肝内有占位性病灶。遂本院诊治。查：腹平软，右下腹部压痛（+），肝大肋下 2㎝，肝区有叩击痛，脾不大，双肺呼吸音清。血象：白细胞 12xl09/L，中性球 0.78，红细胞 4.8×1012/L，血色素 120g/L，B 超示：肝内可见 1×2㎝ 脓肿，大便镜检：小量红白细胞，经多次镜检后，即见阿米巴原虫包囊。考其舌红苔黄腻，脉弦数有力。临床诊为：阿米巴肝脓肿。考虑到其脓肿部尚小，仅以保守治疗，西医以抗阿米巴治疗。中医以辨证施治，证属肝经湿热壅积成痈。拟清泻肝经湿热，消积化痈。处方：龙胆草 12 克。黄芩 15 克、桅子 12 克、泽泻 15 克、白头翁 12 克、金银花 15 克、柴胡 12 克、皂角刺 10 克、赤芍 12 克、浙贝母 12 克、天花粉 12 克、甘草 6 克。嗣后一月余，以上方加减治疗并配合西药抗阿米巴治疗，发热和肝区疼痛消失，B 超复查肝内脓肿缩小。

（二）简便疗法：

1.鸦胆子，取仁 10—15 粒，日 3 次，装胶囊或以龙眼肉包囊，7—10 日为一疗程。

2.白头翁，15—30 克，水煎，分 3 次服用。7—10 日为一疗程。
3.紫皮大蒜，每日 1 只，约 6—10 克，分次生吃。
4.大蒜糖浆：每次 30 毫升，每日 3—4 次，10 天为一疗程。
（三）灌肠疗法：
1.10%大蒜液 100 毫升，保留灌肠，每晚 1 次，10 次一疗程。
2.鸦胆子取仁 20 粒，加 1%碳酸氢钠液 200 毫升，浸泡 2 小时，作保留灌肠用，隔日 1 次，连用 5 次为一疗程。
3.白头翁汤加味保留灌肠。以白头翁、金银花、紫花地丁各 30 克，秦皮、黄柏各 12 克，黄连 10 克，大黄 6 克。水煎至 200 毫升作保留灌肠，每日 1 次，5 次为一疗程。
二、西医治疗
（一）抗阿米巴治疗：
1.灭滴灵：对各型阿米巴原虫均有很强的杀灭作用。口服：每次 0.4—0.8 克，每日 0 次，7 天为一疗程；静脉点滴：甲硝唑 G 注射液，每次 0.5 克（250 毫升），每日 1 次，7 天为一疗程。
2.甲硝磺噻唑：2 克，每日清晨 1 次，3—4 日为一疗程。
3.吐根碱：15—30 毫克，深部肌注，每日 2 次，连用 6 天为一疗程。本药毒性大，每日总用量不超过 60 毫克。
4.氯喹：0.5 克，每日 2 次，2 日后改为 0.25 克，每日 2 次，共 20 日为一疗程。
（二）抗生素治疗：
用于合并感染时可选用。
（三）穿刺引流：
阿米巴肝脓肿最好在抗阿米巴治疗后 3—4 天后进行,可在 B 超的引导下行肝穿刺，每 3—5 天抽脓一次。
（四）手术治疗：
肝脓肿有下列情况者可采用：（1）多次内科治疗及引流无效者；（2）左叶肝脓肿，且估计穿刺易损伤邻近重要器官者；（3）肝脓肿溃破入腹腔，引起弥漫性腹膜炎者：（4）多发性脓肿，引流困难者。

（刘长波）

第九节登革热

登革热是一种传染性疾病，是 B 组虫媒病毒经蚊子传播的一种急性传染病。
登革热在中医临床中属瘟疫范畴。
登革热主要的临床表现是起病急骤，先恶寒（或寒战）然后体温骤升，高热常在 39℃以上，并出现剧烈头痛，全身肌肉、骨关节剧烈酸痛、皮疹为特点，重者可出现四肢抽搐、昏迷。
临床上登革热潜伏期 2—15 日，平均 6 日左右，其长短与侵入病毒量有一定关系。
体征：发热（热型可有不规则型、马鞍型、驰张型、单峰型等），发热持续 5—7 日，热后两天出现皮疹，颜面潮红，浅表淋巴结肿大，眼结膜充血，相对缓脉。

临床诊断依据是凡在流行区或到过流行区、在流行季节有突然起病，发热，剧烈肌肉、关节痛，颜面潮红，相对缓脉，浅表淋巴结肿大，热后两天出现皮疹，白细胞和血小板减少等症状者。实验室病毒分离和血清学检测阳性。

中医学认为登革热由疫厉之气（湿热或暑燥之邪），由口鼻或腠理而入，舍于伏膂之内，附近于胃，即伏邪于半表半里之膜原，或盘踞阳明病邪扩展于表，则恶寒或寒战壮热，头痛身疼等表证，病邪内陷，入于营血，窜扰营血而外发为斑疹。邪伤经络，伤阴耗津，则四肢抽搐，邪热内陷，疫毒弥散，蒙蔽心脑，闭塞清窍，酿致昏迷。

西医认为本病的发病主要原因是 B 组虫媒病毒由埃及伊蚊和白纹伊蚊传播，病人是主要传染源，其发病具有一定季节性，流行高峰在夏未秋初、天气湿热的季节。常见流行于东南亚及西太平洋地区，是目前许多东南亚国家儿童住院与死亡的主要原因。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.湿热型。

主证：初起憎寒壮热，继而但热不寒，日脯益甚，头痛，眩晕，四肢倦怠，周身疼痛而沉重。可有胸闷、恶心呕吐，脘腹胀满，或腹泻或便秘，舌质红、苔白腻，或兼白黄而腻，脉数或濡数。

治法：温运气机，解毒辟浊。

方药：达原饮。

青蒿 15 克（后下），柴胡 15 克，槟榔 15 克，厚朴 12 克（后下），郁金 12 克，黄芩 15 克，金银花 15 克，仙鹤草 30 克，生石膏 30 克（先煎），板蓝根 30 克，连翘 15 克，甘草 10 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以青蒿、柴胡、槟榔、厚朴为主药，温运气机，解毒辟浊；佐以黄芩、金银花、连翘、板蓝根清热解毒；石膏、仙鹤草清热凉血消斑；甘草调和诸药。

加减法：壮热，大汗出，脉洪数，苔黄者用白虎汤加减；如发斑疹、色赤紫、烦渴、脉洪数，用化斑汤合黄连解毒汤加减法。

典型病例：

陈某，男性，32 岁。7 天前受凉后出现恶寒发热，自服感冒药无效。且头痛加剧，但热不寒，全身肌肉关节疼痛，神疲乏力。来院急诊，但见发热（39.8℃），头痛，全身肌肉关节疼痛，肢体沉重乏力，胸闷欲吐，胃纳差，便秘，无关节肿胀，无皮疹，无咳嗽。舌质红，苔黄腻，脉数。检查急性面容，眼结膜少许充血，心肺听诊未见异常，肝脾无肿大，血常规白细胞 7.8×l09/L，中性球 0.75，淋巴球 0.25，红细胞 4.8×1012/L，血色素 123g/L。登革热血清学检测阳性。中医诊为瘟疫，属湿热型。拟达原饮加减，处方：青蒿 15 克（后下）、柴胡 15 克、槟榔 15 克、厚朴 12 克（后下）、生石膏 30 克（先煎）、板蓝根 30 克、石菖蒲 9 克（后下）。水煎服，每日 2 剂。结合静滴清开灵注射液及双黄连粉针。三天后，热渐退，关节痛、头痛明显减轻。

2.暑燥型。

主证：初起即恶寒或寒战，高热，头痛剧烈，眩晕，关节疼痛，腰如被

杖，口干焦或大渴引饮，面目红赤，可有腹痛、恶心或呕吐，或大便秘结，或便溏，或大便如酱，尿黄短，舌质红或绛、苔黄干或黑，有芒刺，脉滑数或沉数。

治法：清表里气血之热邪，解毒辟瘟。

方药：清瘟败毒饮加减。

青蒿 15 克（后下），柴胡 15 克，板蓝根 30 克、黄芩 15 克，大青叶 15 克，仙鹤草 30 克，生石膏 30 克（先煎），金银花 15 克，连翘 15 克，紫花地丁 15 克，甘草 10 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以青蒿、柴胡、石膏、黄芩、连翘、金银花为主药，清表里气血之热邪，佐以板蓝根、大青叶、紫花地了解毒辟瘟，仙鹤草清热凉血止血，甘草调和诸药。

加减法：有出血者加紫珠草 30 克、田七末 3 克（冲服）；大渴引饮者加玄参 20 克，水牛角 30 克（先煎），高热神昏者用紫雪丹 0.75—1.5 克（冲服）；关节剧痛加半枫荷 15 克或防己 15 克。

典型病例：

李××，男，33 岁。患者四天前中午，突觉恶寒，随即出现壮热，最高时达 40℃，午后热甚，自觉头痛，全身肌肉关节疼痛，食欲不振，口干苦，尿黄短，倦怠懒言，面红目赤，舌红、苔黄干，脉数。检查：体温 38.2℃，腋窝及腹股沟淋巴结肿大如黄豆至花生米样大，双上肢前臂皮肤潮红，心肺听诊未见异常，束臂试验：阳性。血常规：白细胞 1.95xl09/L，中性球 0.40，淋巴球 0.60，红细胞 4.05×1012/L，血色素 133g/L，血小板总数 0.1×l012/L。流血时间 1.5 分钟，血凝固时间 3 分钟。谷丙转氨酶 153 单位。登革热血清学检测：阳性。中医诊为瘟疫，暑燥型。拟清瘟败毒饮加减治疗。处方：青蒿 15 克（后下）、黄芩 15 克、大青叶 30 克、仙鹤草 30 克、生石膏 30 克（先煎）、金银花 20 克、连翘 20 克、紫花地丁 20 克、甘草 9 克，每日 1 剂。另用茅根 45 克、苇茎 45 克、红糖 100 克，加水约 1500㎖ 共煎代茶，嘱患者多次饮用，并静滴清开灵注射液及双黄连粉针治疗。治疗 7 天后，皮疹消退，临床症状消失。

（二）柴胡注射液或清开灵注射液穴位注射疗法。

主证：高热不退。

治疗方法：常取双曲池、双足三里，每穴注射 0.5—1ml，每 4—6 小时 1 次，至大热已退为止。

二、西医治疗

登革热无特殊疗法，当要采取综合治疗。

（一）急性期病人宜卧床休息，恢复期时不宜过早活动。

（二）饮食以流质或半流质为宜，食物应富于营养并容易消化。

（三）输液糖盐水或糖，每日 1000—1500㎖。

（四）有休克、出血等严重症状时，可选用低分子右旋糖酐、平衡盐液、葡萄糖盐水等，必要时可输新鲜血液及加用血管活性药物和地塞米松。

（五）脑水肿者，可用 20%甘露醇 250㎖ 和地塞米松 10㎎ 静脉推注。

（六）抽搐者，可用安定 5—10㎎ 静脉推注。

（七）对出血严重的患者，地塞米松用量每日可以 10—30㎎，静脉点滴。

（邹旭）

第十节流行性出血热

流行性出血热是由出血热病毒引起的急性传染病，属中医“温疫”、“疫诊”、“疫斑”范畴。

其主要临床表现是发热、低血压、出血和明显的肾脏损害。

其体征及诊断依据：

1.有野外作业，留宿，并与疫鼠类有接触史，发病前2月内到过疫区。

2.急起发热，有三痛症（头、目眶、腰痛）、三红征（颜面、颈部、胸前皮肤潮红），退热时的血压下降，甚至休克。

3.早期尿少或尿闭，尿中有蛋白质，红、白细胞及管型。后期尿量增多，肾区叩击痛明显。

4.典型者临床经过有发热期，低血压（休克）期，少尿期，多尿期和恢复期五期。

5.实验室检查：血白细胞升高，有异形淋巴细胞、血小板减少、血及尿特异性抗体阳性、血清特异性抗体IgM阳性，或发热早期和恢复期双份血清特异性IgG抗体效价递增4倍以上者，均有确诊意义。

中医学认为流行性出血热是温疫毒邪侵犯机体，并沿卫、气、营、血迅速传变。其在卫气时间极短，亦有发病之初即见气分证，甚则气血证者。温疫毒邪极易化火、内传营血、营血两燔，热血相结，血脉运行不畅，可致血瘀，热迫血妄行，可见各种出血证。热极引动肝风，风火相煽，可见手足搐搦，热极炼液成痰，痰火扰心，上蒙清窍，则神昏谵语，热毒内陷，正不胜邪，则可见汗出肢冷、脉微等气阴两脱的险证。热毒耗伤肾阴，尿源枯竭。阴损及阳，肾气衰败。症见尿少尿闭、腰痛、口干舌燥。热邪蕴结下焦，致膀胱气化不利，水液滞留不行。症见恶心呕吐，颜面四肢浮肿，少腹挚满，小便赤涩量少，甚则尿闭、尿血。疾病后期，邪气渐衰，正气未复，肾气不固，膀胱气化失调，症见尿频量多，口渴多饮，舌红苔白而干。

西医学认为流行性出血热是由出血热病毒引起的自然疫源性疾病。其病理变化是全身小血管和毛细血管广泛性质害。

[治疗]

一中医治疗

（一）分型治疗。

1.发热期。

“

（1）卫气同病。

主症：发热，微恶寒，头痛，目眶痛，腰（身）痛，无汗或少汗，口渴，面红目赤，恶心，小便短赤，舌边尖红，苔薄白腻或薄黄，脉浮滑数。

治法：辛凉解表，清气泄热。

方药：银翘白虎汤加减。

薄荷6克（后下），金银花15克，连翘15克，牛蒡子15克，石膏30克（先煎），知母12克，板蓝根30克，芦根15克，甘草6克。每日1剂，水煎服。

方解：方中薄荷辛凉解表，连翘、金银花、牛蒡子、石膏、知母、板蓝根清热解毒，合而用之，共奏辛凉解表、清气泄热之功。

加减法：头痛甚加葛根 30 克、菊花 15 克；咽痛甚加马勃 9 克、射干 12 克；口渴甚加天花粉 15 克；腰痛甚加威灵仙 15 克、桑枝 30 克；斑疹隐隐加生地黄 15 克、麦门冬 12 克、丹参 15 克。

（2）热在气分。

主症：壮热口渴，汗出气粗，面红目赤，颈胸潮红，肌肤粘膜少量出血点，恶心呕吐，腰痛，大便秘结或便溏不爽，腹痛，尿频赤，舌红苔黄厚腻或黄燥，脉洪大而数。

治法：清热泻火解毒。

方药：白虎汤加减。

石膏 30 克（先煎），知母 15 克，连翘 15 克，金银花 15 克，大黄 15 克，黄芩 15 克，桃仁 10 克，赤芍 12 克，淡竹叶 12 克，甘草 6 克。每日 2 剂，水煎服。

方解：方中石膏辛寒清热泻火，善清气分实热，为治阳明经热的主药。知母、金银花、连翘、黄芩、大黄、甘草、淡竹叶清热泻火，解毒通便；桃仁、赤芍活血凉血；合而用之，共奏辛寒清气、清热泻火解毒之功。

加减法：口渴甚加天花粉 3o 克、麦门冬 15 克、玄参 15 克；恶心呕吐甚加竹茹 12 克、生姜 2 片；腰痛、大使秘结者石加玄明粉 10 克（冲服）。

（3）热入营血，气营两燔。

主症：高热或潮热，口渴，面红目赤，心烦不安，肌肤粘膜出血点增多，甚则便血，尿血、衄血、神昏谵语，舌红绛，苔黄或黄燥，脉弦细数。

治法：清气凉营，解毒凉血。

方药：清瘟败毒饮加减。

石膏 60 克（先煎），知母 15 克，犀角 3 克（磨冲服）或以水牛角 30 克（先煎），生地黄 30 克，黄连 10 克，板予 12 克，玄参 15 克，大青叶 30 克，连翘 15 克，黄芩 15 克，牡丹皮 15 克，赤芍 15 克。每日 2 剂，水煎服。

方解：方中石膏、知母清阳明经气分之大热，犀角（水牛角）、生地黄、玄参、牡丹皮、赤芍清营凉血；大青叶、黄芩、黄连、连翘、栀子清热泻火解毒。合而用之，共奏清气凉营、解毒凉血之功。

加减法：出血重者加田七末 3 克（冲服）、茜根 12 克、大蓟 15 克、小蓟 15 克、白茅根 30 克；神昏谚语加安宫牛黄丸或清心牛黄丸；痉厥抽搐加钩藤 15 克、地龙 12 克、羚羊角骨 12 克。

2.低血压休克期。

（1）热厥（热毒内陷、正不胜邪）。

主症：恶热口渴，胸腹灼热，四肢凉或厥冷，心悸不安，神态淡漠或神志昏愦，便秘尿赤，肌肤斑疹，舌红或红绛，苔黄，脉细数。

治法：清热凉血，补气活血。

方药：清营汤合生脉散加减。

犀角 3 克（磨冲服）或水牛角 30 克（先煎），生地黄 15 克，人参 15 克（另炖），枳壳 15 克，大黄 15 克，丹参 15 克，金银花 15 克，连翘 15 克，玄参 15 克，麦门冬 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中犀角（水牛角）、生地黄、玄参清营分之热兼凉血；连翘、金银花、大黄清热解毒通便；人参补气；麦门冬养阴；丹参活血。合而用之，共奏清热凉血、补气活血之功。

加减法：烦渴引饮加石膏 30 克（先煎）、知母 15 克；神昏谵语加三宝

（至宝丹、紫雪丹、安宫牛黄丸）或清心牛黄丸。

（2）寒厥（气阴耗伤、正虚阳亡）。

主症：四肢厥冷，面色苍白，大汗淋漓，唇干，口干不欲饮，烦躁不安，舌红干或淡白，脉细数或微细。

治法：益气养阴、回阳固脱。

方药：生脉散合参附汤加减。

人参 15 克（另炖），熟附子 15 克，麦门冬 15 克，五味子 9 克，生龙骨 30 克（先煎），生牡蛎 30 克（先煎），山茱萸 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中人参大补元气；麦门冬、五味子养阴生津；山茱萸、生龙骨、牡蛎固涩；附子温壮真阳。合而用之，共奏益气养阴回阳固脱之功。

加减法：正气衰者加黄芪 30 克；唇舌紫绀明显者加丹参 15 克、川芎 12 克。

3.少尿期。

（1）瘀热蕴结。

主症：恶心呕吐，面部四肢浮肿，尿频涩甚则尿闭，血尿，少腹胀满或拒按，腹痛，大便秘结，身热，舌红绛或紫绛，苔黄燥或黑黄脉滑数或细数。

治法：清热利尿、泻下通瘀。

方药：八正散合大承气汤加减。

木通 10 在，车前子 15 克，滑石 30 克，栀子 12 克，大黄 15 克（后下），芒硝 10 克（冲服），枳实 15 克，厚朴 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中木通、车前子、滑石清热利尿；栀子清热解毒；大黄、芒硝苦寒泄热、导滞逐瘀、攻积；厚朴、枳实行气极结。合而用之，共奏清热利尿，泻火通瘀之功。

加减法：血尿改用黑山栀 12 克、石膏 30 克（先煎）；咳嗽、气喘、心悸、痰涎塞盛者加葶苈子 12 克、杏仁 12 克、桑白皮 15 克、天竹黄 12 克。

（2）热郁津伤。

主证：身热、口渴心烦、尿短赤灼热、腰痛不利、舌红少津、苔黄燥，脉细数。

治法：清热滋阴利尿。

方药：猪等汤加减。

猪苓 20 克，阿胶 15 克（烊化），茯苓 15 克，滑石 30 克，生地黄 15 克，白茅根 30 克，知母 12 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中猪苓、茯苓、滑石利尿；知母、茅根清热；阿胶、地黄滋阴。合而用之，共奏清热滋阴利尿之功。

加减法：口渴甚加玄参 15 克；瘀热加牡丹皮 15 克、赤芍 12 克；痰多加竹茹 12 克、天竹黄 12 克、浙贝母 12 克。

4.多尿期。

（1）肾气不固。

主症：尿频数清长，腰痠头晕，神疲乏力，嗜睡易汗，舌淡苔黄或白，脉细无力。

治法：固摄肾气。

方药：大补元煎加减。

熟地黄 30 克，山茱萸 15 克，山药 15 克，枸杞子 15 克，杜仲 15 克，党参 20 克，当归 15 克，炙甘草 6 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中熟地、山萸肉、杞子、山药、杜仲滋补肝肾；党参、炙甘草、当归补气养血。合而用之，共奏固摄肾气之功。

加减法：尿频数清长甚者加胡桃肉 15 克、桑嫖蛸 12 克。

（2）阴虚热郁。

主证：尿频多灼热感，口干多饮，头晕腰痠，手足心热，夜寐不安，舌红少津，脉细数或细。

治法：滋肾阴，清余热。

方药：知柏地黄汤。

知母 12 克，黄柏 12 克，熟地黄 30 克，山茱萸 15 克，山药 15 克，茯苓 15 克，泽泻 15 克，牡丹皮 12 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方为六味地黄汤加知母、黄柏而成，六味地黄汤为补肾阴的主要方剂，知母、黄柏清热燥湿、滋肾。合而用之，共奏滋肾阴、清余热之功。

加减法：咽痛、口舌干燥加生地黄 15 克、玄参 15 克。

5.恢复期。

（1）气阴两虚。

主证：神疲面色㿠白，气短乏力，头晕心悸，汗出口干，五心烦热，腰痠尿频，舌红少苔或舌淡苔薄白，脉细数。

治法：益气养阴。

方药：生脉散加减。

党参 15 克，麦门冬 15 克，五味子 9 克，炙草 6 克，糯稻根 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中党参、炙甘草益气；麦门冬、五味子、糯稻根养阴生津；合而用之，共奏益气养阴之功。

加减法：汗多加黄芪 30 克。

（2）脾虚湿郁。

主证：气短出汗，倦怠懒言，口粘口苦，食少便清，腹胀，舌淡苔白腻或黄腻，脉濡软。

治法：健脾化湿。

方药：四君子汤合四苓汤加减。

党参 15 克，白术 15 克，茯苓 15 克，扁豆 15 克，薏苡仁 20 克，猪苓 15 克，泽泻 15 克，炙甘草 6 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中党参、白术、扁豆、炙甘草健脾补气；茯苓、猪苓、泽泻、薏苡仁利水渗湿，合而用之，共奏健脾化湿之功。

加减法：汗多加黄芪 15 克；腹胀纳少加麦芽 15 克、砂仁 6 克（后下）、厚朴花 12 克。

（3）肾阴亏虚。

主证：腰膝痠软乏力，头晕耳鸣，形体消瘦，口干或盗汗，舌红少苔，脉细。

治法：滋补肾阴。

方药：六味地黄汤加减。

熟地黄 20 克，山茱萸 15 克，山药 15 克，茯苓 15 克，泽泻 15 克，牡丹皮 12 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中熟地黄滋补肾阴；山药、山茱萸补脾胃而涩精；茯苓、泽泻渗脾湿、泄肾浊；牡丹皮泻肝火，使补而不腻。合而用之，共奏滋补肾阴之

功。

加减法：目矇者加枸杞子 12 克、菊花 12 克。

（二）中药外治法。

1.少尿或无尿：大蒜 120 克，芒硝 60 克，捣成糊状，外敷双肾区（局部皮肤用纱布保护，防止皮肤烫伤），每日敷 2—4 小时，连用 2 天。

2.保留灌肠：大黄、槐花、崩大碗、蒲公英、生牡蛎各 30 克，水煎至 200—300 毫升，保留灌肠，每日 1—2 次（此法有泻水通便、排钾及改善氮质血症等作用）。

（三）针灸治疗

1.发热期（均用泻法）。

耳针：肾、皮质下、肾上腺。

体针：上肢：曲池、合谷、内关、手三里。

下肢：足三里，阳陵泉、三阴交。

2.低血压期（均用补法）。

耳针：肾、心、肾上腺。

体针：人中、素髎、加内关、涌泉。

3.少尿期（均用泻法）。

耳针：肾、交感、内分泌。

体针：肾俞、膀胱俞、气海、关元、三阴交、足三里。

4.多尿期（均用补法）。

耳针：肾、膀胱。

体针：肾俞、关元。

（四）中成药治疗。

1.发热期：①可服紫雪丹，每日 1—2 个；②肌注柴胡针或醒脑净 2—4 毫升；③清开灵 40—60 毫升或双黄连粉 3.6 克或醒脑净 20 毫升加入 500 毫升液体中滴注。

2.低血压休克期。

①参麦注射液 40—60 毫升加入 500 毫升液体静滴；②参附芪注射 20 毫升加入 500 毫升液体中静滴；③人参注射液 4 毫升肌注，④参附注射液 2—4 毫升肌注；⑤高丽参注射液 10 毫升加入 20 毫升液体中静注。

0.少尿期。

大黄粉 10 克冲服，或番泻叶 10—30 克焗服。

二、西医治疗

（一）治疗原则：目前尚无特效治疗，采用综合疗法。应抓好：

1.“三早一就”：早发现、早诊断、早治疗，就地治疗，避免搬运。

2.把好“三关”：休克、出血、肾功能不全。

3。注意高热量，高维生素及营养的补充。

（二）临床各期治疗（对症治疗）。

1.发热期。

①物理降温（冰敷、35%酒精拭浴等），避免使用发汗退热药。

②静脉补液，补充足够的液体和电解质，以平衡盐液和葡萄糖盐水，每日 1000—2000 毫升静脉点滴，每日补液总量不超过 2500—3000 毫升，疗程 3—4 日。

③应用肾上腺皮质激素，早期用氢化可的松 100—200mg/日，或地塞米

松 10—20mg/日，加入 5%葡萄糖盐水或 5%葡萄糖 500 毫升静脉滴注，或口服强的松 30mg/日，疗程 3—4 日。

④双黄连粉 60mg/kg，或清开灵 40—60 毫升，加入 500 毫升液体中静脉滴注，每日 1 次。

2.低血压（休克）期。

（1）早期补充有效血容量，为关键措施。①低分子右旋糖酐静脉滴注，一般 24 小时不超过 1000 毫升；②20%—25%白蛋白 50 毫升静脉点滴；③输新鲜血或新鲜血浆 200—300 毫升 ；④乳酸钠林格氏液或 0.9%盐水 500—1000 毫升静脉点滴。

（2）纠正酸中毒：可根据血 CO2CP 或血气分析补碱，一般首先用 5%GS 碳酸氢钠 125—250 毫升静脉滴注（24 小时不超过 800 毫升）。

（3）应用血管活性药物：若经以上处理休克仍得不以纠正的，应及时加用血管活性药物，温暖型者用血管收缩药间羟胺、恢压敏（10—20mg）加入葡萄糖盐水液 500 毫升或参麦注射液 40—80 毫升加入 250—300 毫升葡萄糖液中静脉滴注；寒冷型者用血管扩张药多巴胺 10—20mg 加入葡萄糖液体 250—500 毫升中静脉滴注；或用参附芪注射液或高丽参注射液 10 毫升加入 20—40 毫升液体中静注,或用 20—40 毫升参附蔻或高丽参注射液加入 250—500 毫升液体中静滴。

（4）应用强心药：心功能不全面持续休克者，可用西地兰 0.2—0.4mg 加入葡萄糖液体 40 毫升中缓慢静脉推注。

3.少尿期。

（1）一般治疗：给予高热量、高维生素半流质饮食，严格控制入液量。原则上以量入为出，宁少勿多，静滴量慎重。即以病人前一日尿量，大便及呕吐量加 400 毫升。24 小时进液量不超过 1000 毫升，并以口服为主。并维持酸碱及电解质平衡。

（2）综合性利尿措施。

①口服 20%甘露醇 250 毫升，导泻。

②速尿 20—200mg 加入 50%Gs20—40 毫升中缓慢静脉推注。

③利尿合剂：咖啡因 0.25—0.5g，氨茶碱 0.25g，维生素 C1—2g，普鲁卡因 0.25—0.5g，氢化可的松 25mg 或地塞米松 5mg 加入 10%—25%葡萄糖 250—300 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

④复方丹参注射液 20 毫升加入 10%荡葡糖 250 毫升静脉滴注。

⑤透析疗法（腹膜透析、血液透析、结肠透析）。

（3）出血的治疗。

有明显出血者应输新鲜血，并应用止血剂，轻者用安络血 10mg 肌注，每日 2 次；维生素 K38mg 肌注，每日 2 次；有纤维蛋白溶解（DIC）者，可用 6-氨基己酸 4—6g 或止血芳酸 0.4—0.6g，加入 500 毫升葡萄糖液体中静脉滴注。

（4）抽搐的治疗。

除针对病因外，立即肌注或静注安定 10mg，抽搐反复出现者可用冬眠疗法（冬眠灵、杜冷丁、异丙嗪各 25mg 加入葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注。

（5）继发感染的治疗。

以肺炎、肾盂肾炎为多见，应用抗菌素可根据病情和致病菌种类及其药敏而定。有急性肾功能衰竭者应选用对肾脏无毒性或低毒性抗菌药物如青霉

素类、氯霉素等。

4.多尿期。

应调节水、电解质平衡，补充足量液体和钾盐，以口服为主，静脉为辅。过多静脉补液易使多尿期延长，可口服钾盐 3—4g/日（分 3 次）。

（陈慧贞）

第二章呼吸系统疾病

第一节上呼吸道感染（咽炎、扁桃体炎）

咽炎扁桃体炎是咽喉扁桃体因感染而发生的炎证。

咽炎、扁桃体炎可以单独出现，亦可以同时发病。其感染可以是病毒亦可以是细茵，病毒更为多见。因病位都在上呼吸道，所以临床表现往往多见于感冒、伤风、咳嗽、乳娥等疾病中。是内科和耳鼻喉科中的边界性疾病。下面分而述之。

咽炎是咽喉部粘膜发炎，病情轻重变化较大，急性者咽粘膜、软腭、悬重垂等处充血，并有粘液分泌，咽后壁有沪泡增生，咽喉痛，吞咽不便，或声音嘶哑，或颈頜下淋巴结肿大疼痛，发热等症。轻则感咽喉刺痛，干燥不适，咳嗽。

扁桃体炎多见起病突然，恶寒，发热，甚或寒战，咽喉疼痛，吞咽更痛。并有全身中毒症状，如全身不适，倦乏、头痛、骨痛。咽检见扁桃体红肿，表面有脓点或脓液溢出或頜下淋巴结肿大疼痛。

临床上急性化脓性扁桃体炎要和咽白喉鉴别，如果咽喉扁桃体布满白色粘膜，而不容易抹去，应考虑咽白喉，宜作咽抹子涂片并培养争取及早确诊。

中医认为咽喉炎，扁桃体炎，多是肺胃积热、复感风邪，上蒸咽喉而致。其发病与体质及饮食习惯密切相关，如素体阳盛多火，阴虚体质者，嗜好辛辣煎炒，在气候变化无常的时候尤多发病。急性发病疏风清肺利咽解毒，内服外治互相配合，多能很快病愈。反复发作者，实中有虚，清肺利咽固然重要，但更要注意体质，调理阴阳以治其本，防其复发。

西医认为上呼吸道感染的咽炎、扁桃体炎，虽非危重大症，但常见多发，不能麻库大意，必须认真对待。治疗务求早及彻底，否则反复细菌感染，特别是溶血性链球菌的感染，不是招致风湿热、风湿性心瓣膜损害，就是肾炎，慢性支气管炎等。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.风热。

主证：咽喉干刺不适，燥热微痛，吞咽痛甚，咽喉粘膜红肿，或有些少红点，或发热恶寒，或咳痰不爽，或伴咳嗽，舌质红，苔薄黄，脉浮数。

治法：疏风清热，利咽解毒。

方药：疏风清热汤加减。

芥穗 12 克（后下），防风 9 克，牛蒡子 12 克，甘草 6 克，金银花 12 克，连翘 12 克，赤芍 12 克，桔梗 12 克，玄参 12 克，咸竹蜂 4 只（焗），蝉蜕 9 克。每日 1 剂，水煎

方解：本方以芥穗、防风、蝉蜕疏散风邪；连翘、金银花清热邪；桔梗、甘草利咽喉；玄参、竹蜂、牛蒡子解毒；赤芍凉血消肿。诸药同奏疏风清热利咽解毒之功。

加减法：热势猖獗加青天葵 12 克、生石膏 30 克；利咽解毒不够力加板蓝根 30 克、土牛膝 30 克；口臭便秘加大黄 12 克（后下）；痰热加天竹黄 12 克，浙贝母 20 克。

可用双料喉风散，或西瓜霜喷剂吹喉。

中成药加服六神丸或喉症丸，或牛黄解毒片，或清开灵口服液。

2.风寒。

主证：咽喉红肿不甚，疼痛轻微，吞咽不适，或有声嘶，流涕，或低烧形寒，头痛，骨痛，舌淡红，薄白苔，脉浮紧。

治法：疏散风寒，利咽解毒。

方药：荆防败毒散加减。

芥穗 12 克（后下），防风 12 克，姜活 12 克，前胡 12 克，枳壳 12 克，桔梗 9 克，白僵蚕 9 克，牛蒡子 12 克，麻黄 9 克，柴胡 12 克，甘草 6 克，每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以麻黄、芥穗、防风、姜活疏散风寒；柴胡、前胡和解气机；桔梗、枳壳、牛蒡子利咽解毒。全方同筹疏散风寒，利咽解毒之效。

加减法：痰多苔浊者加桔红 6 克、法半夏 12 克、浙贝母 15 克；咽淡红稍暗滞者加赤芍 12 克、细辛 3 克。

3.虚火。

咽痛属于虚证者，宜分阴虚阳虚。

阴虚主证：咽粘膜微红，其痛朝轻暮重，至夜更甚，口于不欲饮，颧红，五心烦热，精神乏力，舌质嫩红，薄苔，脉虚数。

治法：濡养肺肾、清利咽喉。

方药：六味地黄汤合养阴清肺汤加减。

生地黄 12 克，熟地黄 12 克，山药 20 克，玄参 12 克，白芍 15 克，牡丹皮 9 克，浙贝母 18 克，牛蒡子 12 克，桔梗 9 克，天门冬 12 克，甘草 6 克。每天 1 剂，水煎服。

方解：本方以生地黄、熟地黄、玄参、山药、天门冬养肺阴滋肾水；白芍、牡丹皮凉血热；浙贝母、牛蒡子、桔梗清痰火利咽喉。诸药共奏养肺肾阴液，凉血热清痰火，利咽喉之功。

加减法：阴虚又新感风热者，去熟地黄、山药加连翘 12 克、金银花 12 克、蝉蜕 9 克；阴虚又冒风寒者，先用生姜丝，葱花（切碎的葱）适量，生滚热稀粥服之，待风寒疏散后再调理阴虚。

阳虚主证：咽喉粘膜微痛红肿不明显。面色欠华，语声低怯，四肢不温，腰腿瘦软乏力，头目眩晕，舌质淡，脉细弱。

治法：温养肾阳，引火归原。

方药，右归丸加减。

熟附子 10 克，肉桂 1 克（焗服），熟地黄 12 克，山药 20 克，茯苓 10 克，泽泻 15 克，山茱萸 12 克，菟丝子 12 克，枸杞子 10 克，桔梗 6 克，甘草 6 克。

方解：本方以熟地黄、山药、枸杞子、菟丝子温养肾气；熟附子肉桂引火归原；桔梗、甘草清利咽喉；全方同奏温养肾气清利咽喉之功。

阳虚又新感风寒，可用麻黄附子、细辛汤助阳祛除风寒表症后，再用上述方法调理阳虚咽痛，阳虚又新感风热咽痛，宜疏解风热，但不能过用寒凉。

（二）针刺治疗。

上呼吸道感染，如果咽炎、扁桃体炎疼痛甚者，可以结合针刺治疗，如针鱼际，刺少商出血，有很好的疗效，具有简便、廉的特点，值得采用。

二、西医治疗

（一）抗感染：咽炎扁桃体炎病情一般，用中医治疗多能很快治好，病情严重者，单纯中医治疗有时难以控制病情，要采用中西结合。可用：

头孢安辛：0.25 克，每天 3—4 次，口服。

或青霉素：80 万单位，肌注，每天 2—3 天次。

或青霉素：480 万单位加糖盐水静滴，每天 1 次。

或安苄青毒素 6 克，加糖盐水静滴，每天 1 次。

另外，患者如对青霉素过敏或不过敏，均可用清开灵注射液 40—60 毫升加糖盐水静滴，每天 1 次。

（二）手术治疗。

扁桃体经常化脓，急性炎症消退后，要择时行扁桃体手术切除。

（张壮战）

第二节急性支气管炎

急性支气管炎是一种常见的呼吸系统疾病，以气管一支气管粘膜的急性炎症为主要病理改变，病愈后其粘膜结构可以完全恢复正常。

急性支气管炎在中医临床中属于“ 外感咳嗽 ”的范畴。

急性支气管炎起病时先有鼻塞、喷嚏、咽痛、声嘶等上呼吸道感染症状，当炎症累及气管、支气管粘膜时，会出现咳嗽。咯痰，开始为刺激性干咳，1—2 天后始有少量粘液性痰，偶见痰中带血，胸骨后的痛，数日后痰量增多，转为粘液脓性，咳嗽加剧呈阵发性，甚至终日咳嗽，伴有胸腹部肌肉疼痛。如伴发支气管痉挛，则出现胸闷、喘憋、呼吸困难等症。一般全身症状较轻，多在数日内消退，咳嗽，咯痰有时延续至数周才逐渐消失。

体征：当炎症局限于气管时，肺部可无异常体征。当感染蔓延至支气管时，两肺呼吸音粗，可闻散在干性啰音或粗湿啰音，啰音位置常不固定，咯痰或咳嗽后，啰音可减少或消失。

临床诊断依据是以急性咳嗽、咯痰、发热或无热，胸骨后灼痛，或喘息，肺部干性啰音或粗湿啰音，胸 X 线征阴性或肺纹理增粗为主。

中医学认为急性支气管炎主证为咳嗽、咯痰，病位在肺，肺主气，司呼吸，上连气道喉咙，开窍于鼻，外合皮毛，为五脏之华盖，肺朝百脉，贯通五脏六腑，四肢百骸，又肺为娇脏，直接与外界相通，六淫之邪从口鼻或皮毛而入，肺卫受邪，致肺气不宣，清肃失司，肺气上逆，发为咳嗽，外邪郁肺，气不布津，津液凝聚则为痰。

西医认为本病的发病主要原因是病毒引起的上呼吸道感染向下蔓延，或继发细菌感染，以及物理、化学因素，过敏因素等，麻疹和百日咳常易合并气管和支气管的化脓性感染，也常见于慢性支气管炎急性发作时。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1；风寒咳嗽。

主证：咳嗽，声息粗重，痰色白稀薄，咽喉发痒，常伴有鼻塞，流清涕，喷嚏，恶寒微发热，无汗，头痛，周身痠痛等，舌苔薄白，脉浮或浮紧。

治法：疏散风寒，宣肺止咳。

方药：杏苏散加减。

紫苏 10 克，生姜 6 克，杏仁 10 克，桔梗 10 克，前胡 12 克，茯苓 12 克，法半夏 10 克，陈皮 10 克，枳壳 10 克，大枣 6 枚，甘草 6 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以紫苏、生姜疏散风寒；杏仁、桔梗、前胡宣降肺气，化痰止咳；”茯苓、法半夏、陈皮、枳壳理气化痰；大枣调和营卫；甘草合桔梗以利咽喉。共奏疏散风寒。宣肺止咳之功。

或拟止嗽散加减。

荆芥 5 克（后下），桔梗 10 克，陈皮 5 克，甘草 6 克，紫菀 12 克，百部 12 克，白前 12 克。

方解：以荆芥疏风解表；桔梗、陈皮、甘草宣肺理气，利咽化痰；紫菀、百部温润止咳；白前降气化痰。

加减法：身痛、恶寒、无汗表寒重者加防风 10 克、羌活 12 克；喘憋气急者加麻黄 6 克、杏仁 12 克。苏子 12 克；头痛重者加白芒 10 克、川芎 12 克；已化热者加黄芩 15 克。

典型病例：

张××，男性，26 岁，广州市人，平素体尚健，此次于 1 周前因不慎受凉起病，出现咳嗽，咳声重浊，痰色白泡沫样，咳时伴咽痒。伴有鼻塞，流清涕，喷嚏，恶寒发热，周身痰痛，舌苔薄白，脉浮。检查：双肺呼吸音粗，偶可闻少许干性啰音，血常规及胸片均正常，本证属风寒犯肺，以致肺气不宣，清肃失司，肺气上逆，而发为咳嗽。拟杏苏散加防风治疗。处方：杏仁 12 克，紫苏 10 克，枳壳 10 克，桔梗 6 克，法半夏 10 克，陈皮 6 克，茯芩 10 克，麻黄 10 克，甘草 6 克，防风 10 克。连服 3 剂，恶寒、发热、周身瘦痛消失，咳嗽、咯痰明显好转。

2.风热咳嗽。

主拄：咳嗽频剧，咳声嘎哑，痰粘或黄稠，咯痰不爽，口干思饮，咽喉肿痛，鼻流黄涕，常伴有身热，微恶风，汗出，头痛，肢体酸楚等表证，舌苔薄黄而燥，脉浮数。

治法：疏风清热，宣肺止咳。

方药：桑菊饮。

桑叶 12 克，菊花 12 克，薄荷 6 克（后下），杏仁 10 克，甘草 6 克，桔梗 10 克，连翘 12 克，芦根 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以桑叶、菊花、薄荷疏风清热解表；杏仁、甘草、桔梗宣肺止咳，利咽化痰；连翘清热解毒；芦根清热生津。共奏疏风清热，宣肺止咳之功。

加减法：高热喘促气急者加麻黄 6 克、生石膏 30 克（先煎）；咽喉肿痛者加锦灯笼 10 克。牛蒡子 15 克、板蓝根 15 克、土牛膝 12 克；咳重加前胡 10 克、浙贝母 12 克；热盛加黄芩 15 克、金银花 15 克、知母 9 克。青天葵 6 克；热伤津重者加沙参 18 克。天花粉 15 克；夏令挟暑者加香蕾 12 克；痰黄者加天竹黄 12 克；瓜萎皮 15 克；大便秘结，痰多者加冬瓜仁 18 克、瓜萎仁 18 克。

典型病例：

黄××，男性，30 岁，广州市郊居民，于暑天游泳后起病，出现咳嗽频剧，咳声粗重，痰黄稠难咯，口干，咽痛，伴有身热，头痛，肢体瘦痛，大使秘结，小便黄短，舌质红苔薄黄干，脉浮数。检查：两肺呼吸音粗，可闻

干性啰音，咽充血（++），未见扁桃体，血常规：白细胞计数 $8x^9/L$，中性 0.75，淋巴 0.25，胸片正常。本证属风热犯肺，拟桑菊饮加减治疗。处方：桑叶 12 克，菊花 12 克，薄荷 6 克（后下），杏仁 10 克，甘草 6 克，桔梗 10 克，连翘 12 克，芦根 15 克，牛蒡子 12 克，金银花 20 克，香薷 12 克，滑石 20 克。连服 3 剂，身热，头痛，肢体瘘痛等症状消失，咳嗽，咯痰明显好转。

3.温燥咳嗽。

主证：干咳无痰，或痰少而粘，不易咯出，或痰中带血，咽干喉痒，唇鼻干燥，咳甚则胸痛不适，大便干燥，尿黄赤，或有形寒身热等表证，舌尖红，苔薄黄少津，脉细数。

治法：清肺润燥，止嗽化痰。

方药：桑杏汤加减。

桑叶 10 克，淡豆鼓 10 克，沙参 12 克，雪梨皮 10 克，栀子 10 克，杏仁 12 克，瓜蒌仁 12 克。

方解：本方以桑叶、淡豆鼓疏风解表；沙参、雪梨皮润肺生津；栀子清泄肺热；杏仁、瓜蒌仁止嗽化痰；共奏清肺润燥，止嗽化痰之功。

加减法：咽痛重者加玄参 48 克。马勃 6 克；伤津重者加麦门冬 18 克、玉竹 18 克；咯痰带血者加白茅根 18 克。牡丹皮 15 克等。

（二）中成药针剂及口服剂。

1.咳嗽剧烈，痰黄稠者属风热型可选用：

（1）鱼腥草 4ml，肌注，每日 2 次，7 天为一疗程，一般 1—2 个疗程。

（2）双黄连 3.6—4.8 克加入葡萄糖或生理盐水 500ml 中静脉滴注，每日 1 次，7 天为一疗程，可用 1—2 个疗程。

（3）穿琥宁 10—12ml 加入葡萄糖或生理盐水 500ml 中静脉滴注，每日 1 次，7 天为一疗程，可用 1—2 个疗程。

（4）蛇胆川贝口服液，每次 10ml，每日 3 次，温开水送服。

（5）川贝批把露，每次 10—20ml，每日 3 次，温开水送服。

2，咳嗽，声音粗重，痰色白稀薄者属风寒型可选用：

（1）止嗽合剂，每次 10ml，每日 3—4 次，温开水送服。

（2）化州橘红精，每次 10ml，每日 3 次，温开水送服。

二、西医治疗

（一）对症治疗。

1.咳嗽剧烈而无痰者，可选用咳必清 25mg/次，每日 3 次，口服；或咳特灵，1 粒/次，每日 3 次，口服；痰稠不易咯出者，可用乐舒痰口服液，每次 10ml，每日 3 次，口服；或安普索，30mg/次，每日 3 次，口服。

2.伴有气喘时选用氨茶碱 0.1g/次，每日 2 次，口服；或扑尔敏，4mg/次，每日 3 次，口服。

（二）病原治疗。

细菌感染所致者，可选用青霉素纳盐，80 万单位/次，每日 3 次，肌注；复方新诺明，2 片/次，每日 2 次，口服；或环丙氟呕酸，0.5g/次，每日 2 次，口服。

病毒感染所致者，可选用吗琳叭 0.1—0.2 克/次，每日 3 次，口服；病毒哇 200mg/次，每日 2 次，口服，5—7 天为一疗程；或用 10—15mg/kg，加入葡萄糖或生理盐水中，稀释成 1mg/ml 的溶液，缓慢静脉滴注。

（三）过敏因素所致者，可选用扑尔敏 4—8mg/次，每日 3 次，口服；息斯敏，10mg/次，每日 1 次，口服；或非那根止嗽糖浆，每次 10ml，每日 3 次，口服。

（吴大嵘、罗细贞）

第三节慢性支气管炎

慢性支气管炎（简称慢支炎）是支气管粘膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。其病理特点是气管、支气管壁的慢性炎细胞浸润，支气管粘液腺肥大和杯状细胞增多，粘液分泌过多，以至慢性发作性咳嗽、咯痰或伴有喘息。慢支炎发生、发展与人体抵抗力减弱，患有慢性鼻旁窦炎、支气管哮喘、肺结核等呼吸道系统慢性疾患或植物神经功能失调，呼吸防御功能削弱有关。本病易并发肺部感染，年老体弱患者易并发支气管肺炎。慢支炎反复发作迁延不愈可并发阻塞性肺气肿、肺源性心脏病，有时咳嗽剧烈，肺泡及脏层胸膜破裂，可并发自发性气胸。

引起慢支炎的原因较复杂，往往是多种因素互相作用的综合结果。病毒和细菌感染、物理化学刺激、大气污染、吸烟和寒冷气候、过敏因素、呼吸道防御及免疫功能低下、植物神经功能失调等与本病有关。

临床表现主要是起病缓慢，反复慢性咳嗽，部分病人伴有喘息，冬季或气候转变时症状加剧，气温转暖和夏季症状缓解，晚期炎症加重，症状长期存在，不分季节。早期慢支炎或轻症可无体征，急性发作时胸部可闻干湿啰音，咳嗽或咯痰后啰音减少或消失。喘息型慢支炎发作时可听到哮鸣音，缓解后消失，晚期出现肺气肿征。

本病诊断主要根据病史和症状，临床上以咳嗽、咳痰或伴喘息，每年发病持续 3 个月,连续 2 年或 2 年以上并能排除其他心肺疾病所引起即可诊断。但如每年发病持续不足 3 个月而有明确客观检查依据时也可诊断。

慢支炎早期 X 线检查可阴性，随着病变进展，两肺下部纹理增粗，紊乱，并发肺气肿，可有肺气肿 X 线征象。

慢支炎分为单纯与喘息型，两型又各自按其病情分为急性期、慢性迁延期及临床缓解期。

慢性支气管炎属于中医“咳嗽”、“喘症”、“痰饮”的范畴，早在汉代张仲景《金匮要略》一书已有详细论述。

慢支炎的发病有一个过程，其病因不外为外感和内伤、外感六淫所引起，其中尤以风寒、风热较多见。内伤多指饮食偏嗜酸、咸、肥、甘及情志失调等，其病情发生和发展与体虚有关。其机理是肺之卫外功能不强，肺气不足，风邪侵袭肺系，致肺气不宣、清肃失常而咳作。因多次反复感受外邪，久则病位由肺及脾涉肾，肺脾肾虚，痰浊水饮因而产生，久而气滞血瘀，形成“夙根”，感邪即发，导致本病反复发作不愈，转为内伤咳嗽，咯痰，喘促。

本病若迁延日久。或久病不愈，由肺及脾累及心肾、咳嗽、痰饮、喘咳而出现水气凌心、心悸、水肿而演变为肺胀。

[治疗]

一中医治疗

（一）分型治疗。

1.慢支炎急性发作期。

（1）风寒犯肺型。

主证：恶寒发热，无汗、鼻塞、流涕、头痛，周身痠痛、咳嗽或气喘痰鸣、痰白清稀或多泡沫，苔薄白、脉浮或弦滑。

治法：疏风散寒，宣肺化痰止咳。

方药：杏苏散加减，

麻黄 10 克，紫苏 10 克，前胡 12 克，杏仁 12 克，桔梗 10 克，法半夏 10 克，橘红 5 克，积壳 10 克，甘草 6 克。日 1 剂，水煎服。

方解：本方麻黄、紫苏宣肺散寒；前胡、桔梗、杏仁、宣肺化痰止咳；橘红、法半夏、枳壳理气燥湿化痰。

加减法：发热兼咽痛伴有寒邪化热之象，则去橘红、法半夏，加青蒿 9 克（后下）、威灵仙 15 克、黄芩 15 克、板蓝根 20 克、牛蒡子 9 克，桑白皮 12 克。

典型病例：

方××，男性，56 岁，反复咳嗽 10 多年，3 天前因受凉，恶寒发热，无汗，鼻塞，流涕、咳嗽，痰稀白、苔薄白，脉浮。本证风寒犯肺，拟杏苏散加减治疗。处方：麻黄 10 克、紫苏 12 克、杏仁 12 克、桔梗 10 克、法半夏 10 克。橘红 5 克、防风 9 克、僵蚕 8 克、枳壳 9 克、甘草 6 克，日服 1 剂，连服 3 剂。恶寒发热、鼻塞、流涕症状消失，痰量减少，白粘。

（2）痰热壅肺型。

主证：咳嗽（或伴气喘）、咯痰色黄，痰粘稠，咯不爽，或恶寒发热，口干苦，舌红，苔黄腻，脉滑数或浮数。

治法：清热化痰，宣肺平喘。

方药：苇茎定喘汤。

黄芩 15 克，苇茎 15 克，麻黄 10 克，桑白皮 12 克，款冬花 12 克，苏子 10 克，枳壳 10 克，法半夏 10 克，川贝母 10 克，桃仁 10 克，天竹黄 10 克，杏仁 12 克，甘草 6 克。日 1 剂，水煎服。

方解：本方黄芩、苇茎、桑白皮清肺泄热；麻黄宣肺定喘兼解表；杏仁、苏子、法半夏、款冬花降气化痰平喘；川贝母、天竹黄化痰止咳，各药合用共奏清热化痰，宣肺平喘之效。

加减法：高热去法半夏、苏子，加青蒿 9 克（后下）、威灵仙 15 克、柴胡 9 克、鱼腥草 20 克；喉痒，风重加防风 9 克、白僵蚕 8 克。

典型病例：

陈××，女，50 岁，干部。反复咳嗽 3 年，每于天气转变时咳嗽加剧。2 天前因气温骤降，而出现恶寒发热，咳嗽加剧，呼吸促，咯痰色黄稠，伴咽痛，舌红，苔黄腻，脉浮数。本证属风热犯肺，拟苇茎定喘汤加减治疗。处方：苇茎 15 克、黄芩 15 克、麻黄 10 克、桑白皮 12 克、款冬花 12 克。青蒿 9 克（后下）、威灵仙 15 克、杏仁 10 克、天竹黄 10 克、川贝末 3 克（冲服）、积壳 9 克、甘草 6 克，日 1 剂，水煎服。连服 3 剂后热退，咳嗽明显减少，痰转白色，痰量显著减少。

（3）痰浊阻肺型。

主证：咳嗽痰多，痰白而粘，咳声重浊或伴喘息，胸院作闷，纳呆，苔白腻，脉滑。

治法：法痰降气平喘。

方药：三子养亲汤合二陈汤加减。

法半夏 10 克，橘红 5 克，茯苓 15 克，苏子 15 克，莱菔子 12 克，苍术 10 克，厚朴 10 克，款冬花 12 克，紫菀 12 克，杏仁 12 克，甘草 6 克。日 1 剂，水煎服。

方解：本方杏仁、款冬花、紫菀法痰止咳；苍术、茯苓健脾燥湿；橘红，厚朴理气宽胸；苏子、法半夏降气化痰乎喘；莱菔子消食化痰。

加减法：胸闷者可加瓜蒌 12 克。薤白 9 克；久咳痰转黄或发热者，去苍术、橘红，加黄芩 15 克、苇茎 15 克、桑白皮 15 克、鱼腥草 30 克。瓜蒌 12 克以清热化痰。

典型病例：

于××，男性，65 岁，退休工人。反复咳嗽 20 多年，症状加剧 3 天，咳嗽痰多，痰白而粘，咳声重浊伴气促，胸闷，苔白腻，脉滑。检查两肺呼吸音减弱，肺底少量干啰音。白细胞计数 12.9×10^9/L 中性球 0.80，淋巴球 0.18，大单核球 0.02。胸片报告：两肺纹理粗乱，肺气肿征。本证属痰浊阻肺，拟以三子养亲汤合二陈汤加减治疗，以达到法痰降气平喘，处方：黄芩 15 克。桑白皮 10 克。瓜蒌 12 克、法半夏 9 克、橘红 5 克、苏子 9 克、莱菔子 9 克、茯苓 20 克。款冬花 12 克。紫菀 12 克，枳壳 9 克、甘草 6 克，日服 1 剂。连服 5 剂，胸闷症状消失，咳喘症状减轻。

2 慢性支气管炎缓解期。

（2）肺虚型

主证：咳轻痰少，面色少华，声低懒言，自汗，平素易感冒，脉细弱，舌质淡红，苔薄白。

治法：补肺益气固表。

方药：玉屏风散加味。

防风 10 克，黄芪 30 克，白术 6 克，款冬花 12 克，紫菀 12 克，党参 15 克，麦门冬 12 克，甘草 6 克。日服 1 剂，水煎服。

方解：黄芪益气固表，辅以白术健脾，佐以防风祛风邪，三药合用益气固表而不留邪，祛邪而不伤正。款冬花。紫菀有止咳法痰作用，党参、麦门冬益气养阴。

加减法：痰多加陈皮 5 克、法半夏 15 克、桑白皮 12 克；燥邪盛加桑叶 9 克、杏仁 12 克、天花粉 12 克；表虚汗多加浮小麦 30 克、牡蛎 24 克（先煎）。

典型病例：

陈××，女，36 岁，干部。反复咳嗽 6 年；平素易感冒，面色㿠白，声低懒言，自汗，咳嗽，痰少，脉细弱，舌质淡红，苔薄白。检查：面色皓白，声音低沉，两肺呼吸音清，未闻干湿啰音。X 线检查阴性，血象正常。本证属肺虚型，拟补肺益气固表，以玉屏风散加减治疗。处方：防风 10 克、黄芪 30 克、白术 9 克、党参 15 克，杏仁 10 克、茯苓 12 克、百部 10 克、浮小麦 30 克。牡蛎 24 克（先煎），桔梗 9 克、枳壳 9 克、甘草 6 克，日服 1 剂，水煎服。连服 30 天，面色微红，自汗症状消失。

（2）脾虚。

主证：咳嗽咯痰、面色少华、肢体倦而无力、纳少、脘腹胀满，大便溏泄，舌质淡胖，边有齿印、苔薄白，脉缓或濡弱。

治法：健脾化痰，培土生金。

方药：六君子汤加减。

党参 30 克，茯苓 15 克，白术 10 克，法半夏 15 克，陈皮 5 克，紫菀 12 克，款冬花 12 克，甘草 6 克。日服 1 剂，水煎服。

方解：方中党参、白术益气补中为主药，辅以陈皮、法半夏、茯苓健脾化湿，款冬花、紫菀祛痰止咳。

加减法：咳喘者加苏子 15 克、杏仁 12 克；痰多、苔白腻加苍术 9 克、厚朴 9 克、桔梗 9 克；如腹痛便溏，肢未欠温，属脾阳不振者加干姜 6 克以温脾阳；若舌红口干，痰难咯出，去陈皮、法半夏，加麦门冬 12 克、沙参 15 克。

典型病例：

朱××，男，40 岁，反复咳嗽咯痰史 10 多年，每于冬春症状加剧，现因咳嗽，咯痰症状反复而就诊。证见面色少华，肢体倦而无力，胃纳少，院腹胀满，大便溏泄，舌质淡胖，边有齿痕，苔薄白，脉濡弱。本证属脾虚，应健脾化痰，培土生金，采用六君子汤加减治疗。处方：党参 30 克、茯苓 15 克、白术 10 克、法半夏 12 克、陈皮 5 克、山药 15 克、杏仁 10 克、桔梗 10 克、款冬花 12 克、枳壳 9 克、甘草 6 克，日服 1 剂，15 天为一疗程。连服 2 个疗程，面色红润，院腹胀满症状消失，咯痰症状减轻，大便正常。

（3）肾气虚型。

主证：动则气促、头昏眼花，耳鸣、腰膝痠软、下肢乏力、手足欠温、夜尿频数，舌谈薄白，脉沉细。

治法：补肾纳气。

方药：肾气丸加味。

桂枝 10 克，熟附子 10 克，熟地黄 10 克，山茱萸 12 克，山药 10 克，茯苓 15 克，壮丹皮 12 克，泽泻 15 克，补骨脂 12 克，细辛 2 克，五味子 10 克，紫河车 9 克（研未冲服）。日 1 剂，水煎服。

方解：肾气丸温补肾阳；紫河车为血肉有情之品，大补精血；补骨脂、细辛补肾散寒；五味子则收敛耗散之肺气。

加减法：痰白清稀加陈皮 5 克、法半夏 15 克，燥湿化痰；下肢浮肿甚加生姜 6 克、大腹皮 9 克化气利水；夜多小便加桑螵蛸 9 克、肉苁蓉 12 克温涩肾气。

典型病例：

黄××，男，70 岁，反复咳嗽 40 多年，喘促 20 多年，近 2 年症状加剧，动则气促，头昏眼花、耳鸣、腰膝痠软无力，夜尿频数，舌质薄白，脉沉细。本证属肾气虚为主，应补肾纳气，拟以肾气丸加味治疗。处方：桂技 10 克、熟附子 10 克，熟地黄 10 克，山茱萸 12 克、桑螵蛸 15 克，女贞子 12 克、旱莲草 12 克、补骨脂 12 克，五味子 9 克，杏仁 12 克，桔梗 12 克、甘草 6 克，紫河车 9 克（研未冲服），日 1 剂，水煎服。连服 15 剂，夜尿次数减少，气促减轻，头昏眼花症状消失。

（二）其他疗法。

1.穴位注射法。

（1）补骨脂注射液穴位注射。

主证：咳喘反复发作，呼多吸少，动则气促甚，痰稀色白，畏寒肢冷、苔白而脉沉细无力。

治法：补肾纳气。

药物：补骨脂注射注液 4 毫升。

治疗方法 采用第七颈椎至第五胸椎的每个椎体棘突下旁开 1—1.5 寸处共 5 对穴位，每天取一对穴位，轮流交换。常规消毒后，于每穴位注射补骨脂 2 毫升，以 15 天为一疗程，每年可进行 2—4 疗程，可改善肾虚症状群，提高免疫抗能。

（2）胎盘注射液穴位注射。

主证：平素易感冒，咳嗽痰白而粘、胸院作闷、体倦乏力，脉缓或滑，苔薄白。

治法：益气健脾补肾。

药物：胎盘注射液 4 毫升。

治疗方法：取双肺俞、双定喘穴，每天取穴一对，交替注射，常规消毒后，每次注射胎盘注射液 2 毫升，以 15 大为一疗程。

2.针灸加穴位敷贴。

主证：咳嗽，痰白粘，反复发作，畏寒肢冷，体倦无力，素体虚弱，易感冒，便溏，脉细无力。

治法：温肾散寒、宣肺定喘，扶正法邪。

药物：白芥子、甘遂、细辛、姜汁。

治疗方法；用中药白芥子、甘遂、细辛共研未，加姜汁调成膏状备用，首先用磁圆针在穴位叩打 20 次左右，再用艾灸 30 分钟，然后放上膏药，敷贴穴位上。每年人伏开始，每隔 10 天治疗 1 次，每次保留 2—3 天，3 次为一疗程，连治 3 年。

二、西医治疗

（一）急性发作期治疗。

慢支炎急性发作期和慢性迁延期的治疗应以控制感染、法痰、镇咳为主同时解痉平喘。

1.控制感染。

急性发作期，患者咳嗽较剧，痰量增多，呈脓性，或有发热，气急加剧，应给抗菌素治疗。一般选用：（1）青霉素 G 与链霉素合用，青霉素 G80 万 μ 肌注，每日 2 次，链霉素 0.5 克肌注，每日二次。对流感嗜血杆菌有协同作用；（2）四环素 0.5 克，每日 4 次，对流感嗜血杆菌与肺炎双球菌有抑制作用；（3）头孢氨苄 0.25 克，每日 4 次；（4）红霉素 0.25 克，每日 4 次；（5）复方新诺明（SMZco），每片含磺胺甲基异恶唑（SMZ）400 毫克与甲氧苄胺嘧啶（TMP）80 毫克，有杀菌作用。成人每日两次，每次两片。

严重感染可选用氨苄青霉素 6 克，静脉滴注，每日 1 次。或根据细菌培养、药物敏感情况，选用抗生素。抗菌素药物作用原则为及时，足量。感染控制后即停用，避免引起细菌耐药性或招至二重感染。

2.祛痰镇咳药物。

慢支炎患者除刺激性咳嗽外不宜单用镇咳药物，否则痰液不易排出，反而促使感染加重。法痰剂常用必嗽平 16 毫克，每日 3 次，口服。氯化铰 0.3 克，每日 3 次，口服。当痰液粘稠不易咳出时，可用氨茶碱 0.125 克，α—糜蛋白酶 5 毫克，庆大霉素 4 万单位加生理盐水至 10 毫升作超声雾化吸人，以稀释气道内分泌物，使痰液易咳出。

3.解痉平喘药。

慢支炎有可逆性阻塞者应常规应用解痉平喘药，阵发性咳嗽，常伴有不同程度的支气管痉挛，采用解痉平喘药后有利于痰液清除，改善症状。常用

舒喘灵、氨茶碱、全特灵、博利康尼、氯喘等。

（二）缓解期治疗。

1.药物注射。

缓解期治疗，以固本为主，针对慢支炎病人长期患病，体质虚弱，抗病能力差，可采用肌注哮喘菌苗或核酪注射液、卡介苗提取物等。可提高免疫力及抗过敏作用，增强抗病能力。

2.锻练身体，提高抗病能力。

坚持锻练，即通体育锻练，耐寒锻练，呼吸锻练增强体质，适应气候冷热变化，提高人体呼吸道抗病能力及增强呼吸功能，达到少发病和不发病目的。

3.注意个人卫生。

（1）戒烟。吸烟与慢支炎的发病和复发以及病情加重有一定关系，对健康百弊而无一利，应戒绝吸烟。

（2）避免接触粉尘和有害气体，注意防寒保暖及劳逸结合和饮食营养。慢支炎由于每天排出很多痰液，蛋白质损耗较多。另外慢支炎发病可能与体内维生素甲缺乏有关，因此给予适量高蛋白和含有丰富维生素甲和维生素丙的食物可增强体质，提高抗病能力。

（谭慧淇）

第四节阻塞性肺气肿

阻塞性肺气肿是由慢性支气管炎或其他慢性肺部疾病逐渐引起的肺脏过度充气，终末细支气管远端部分（包括呼吸性细支气管，肺泡管、肺泡囊和肺泡）膨胀或破裂的病理状态。

阻塞性肺气肿主要属于中医“喘证”、“肺胀”范畴。

阻塞性肺气肿主要临床表面是本病发展缓慢，患者以慢性支气管炎为基础者，常有多年咳嗽、咯痰史，痰呈粘液性，合并感染时呈脓性或粘液脓性，早期肺气肿可无明显症状。随病情发展，可在劳动时出现呼吸困难，以后逐渐明显，以轻度活动甚至休息时可出现呼吸困难，每当合并感染时咳嗽，咯痰增多，胸闷，气急加重。感染控制后，症状可有不同程度的缓解，但多次反复感染之后，症状加重，难以缓解，最后可发生呼吸衰竭或心力衰竭。

体征：桶状胸，呼吸运动减弱，语音震颤减弱，叩诊呈过度清音，心浊音界缩小或消失，肝浊音界下降，呼吸音减弱，呼气延长，两肺底可闻及哮鸣音及干湿啰音，心率快，心音轻远，肺动脉第二音亢进。并发肺心病、心力衰竭时，出现颈静脉怒张，肝脏肿大和下肢浮肿。临床上诊断依据是凡有多年的慢性咳嗽、咯痰史，肺功能测验示残气及残气/肺总量增加，后者超过35%，第 1 秒肺活量/肺活量比值低于 60%，或最大通气量占预计值 80%以下，气体分布不均。肺泡氮浓度高于 2.5%，经支气管扩张剂治疗，残气及残气/肺总量比值无明显改变，诊断即可成立。

中医学认为慢性阻塞性肺气肿病位主要在肺肾，与脾有关。由于长期反复咳嗽，气促，致肺脏虚损，肺病及脾，使肺脾气虚、痰浊中生、阻遏肺气、气道不利而发病；或久病及肾，致肾气亏虚，摄纳无权，则气逆于肺；呼多吸少，动则喘息尤甚；脏腑功能亏虚，人体卫外功能减弱，感受寒。热之邪，壅塞于肺，则气道不畅，肺之升降夫常，发为本病。可见平时以本虚力主，

复感外邪则虚中夹实。

西医认为本病的发病主要原因是慢性支气管炎，其次为支气管哮喘、支气管扩张和肺纤维化等，吸烟、大气污染等因素对肺气肿形成起重要作用。

[治疗]

一中医治疗

（一）分型治疗。

1.肺脾两虚。

主证：喘咳，短气，痰多，神疲乏力，自汗，恶风，纳呆，便溏，舌质淡胖，苔白，脉细弱。

治法：健脾益肺，化痰定喘。

方药：玉屏风散合陈夏六君子汤加减。

黄芪 30 克，白术 10 克，防风 10 克，党参 20 克，茯苓 20 克，陈皮 6 克，杏仁 10 克，浙贝母 15 克，黄精 20 克，炙甘草 6 克，法半夏 12 克，鹿含草 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以黄芪、白术、防风三药共用以益肺固表；党参、茯苓健脾；陈皮、杏仁、浙贝母以化痰止咳；黄精以补肺气；鹿含草以化痰利气。诸药合用以健脾益肺、化痰止咳。

加减法：气喘者加炙麻黄 10 克、苏子 9 克；痰色黄稠者加桑白皮 12 克、苇茎 30 克、黄芩 15 克、鱼腥草 30 克。

典型病例：

李××，男性，63 岁，退休工人。有抽烟史 30 余年。因反复咳嗽，咯痰 5 年，加重伴气促 1 月于 1995 年 3 月 12 日入院，入院时症见咳嗽，咯痰，气促，痰色白量多易出，神疲，纳呆，便溏，自汗，微恶风，舌质淡，苔白，脉细。查体：双肺气肿征，双肺呼吸音弱，未闻及干湿啰音，心率 100 次/分，律整，胸片报告；慢性支气管炎肺气肿，白细胞计数 6.8×10^9/L 中性球 0.75，痰培养示无菌生长。本证属于肺脾两虚，治疗以陈夏六君汤合玉屏风散加减。处方：党参 30 克。茯苓 15 克、白术 12 克、黄芪 30 克、法半夏 12 克、陈皮 9 克、防风 10 克、黄精 20 克、杏仁 10 克。连服 7 天，咳喘明显减轻，精神胃纳如常。

2.肺肾阳虚。

主证：喘促日久。呼长吸短。咳声低微，动则喘甚，痰多清稀，腰膝酸软，汗出，肢冷，夜尿多，面青唇暗，胫肿，舌质淡，苔白，脉沉细。

治法：益气补肺，温肾纳气。

方药：玉屏风散合金匮肾气九加减。

黄芪 30 克，白术 12 克，防风 12 克，甘草 6 克，肉桂 6 克，熟地黄 12 克，苏子 9 克，熟附子 6 克，茯苓 20 克，泽泻 18 克，补骨脂 10 克。每日 f 剂，水煎服。

方解：本方以黄芪、启术、防风以益肺补气固表；肉桂、熟附子温肾壮阳；熟地黄、补骨脂补肾纳气；苏子降气定喘；泽泻以通利小便。诸药合用以益气补肺，温肾纳气。

加减法：喘促撞者加白果 10 克；痰多伽法半夏 10 克；浮肿者可加车前子 15 克、茯苓皮 30 克。

黄型病例：

他××，女性，66 岁，退休工人。因反复咳喘 8 年，加重伴双下肢浮肿

2 天于 1996 年 1 月 30 日初诊，入院时症见：神疲，咳嗽，痰多、色白、气促，动则加剧，腰膝瘦软，夜尿频多，双下肢轻度浮肿，口唇紫绀，舌状淡，苔白，脉沉细。查体：神清合作，端坐呼吸，口唇紫钳，双肺呼吸音粗，可闻及少许细湿啰音，心率 110 次/分，律整。X 光片示：慢支炎肺气肿，血常规检查白细胞正常。本证属于肺肾阳虚，拟方玉屏风散合金匾肾气九加减。处方：黄芪 30 克、白术 12 克、防风 12 克、甘草 6 克、肉桂 3 克（焗服）、熟地黄 12 克、苏子 9 克、熟附子 6 克、补骨脂 10 克、泽泻 18 克、车前子 15 克、每日 1 剂，水煎服。连服 7 天。咳喘明显减轻，脚肿消失，病情改善。

3.肺肾阴虚。

主证：喘促，气短，动则喘甚，咳嗽，少痰，或痰粘难出，口干，五心烦热，潮热，盗汗，舌质红，苔少，脉细数。

治法：滋补肺肾。

方药：生脉散合六味地黄丸加减。

太子参 24 克，麦门冬 15 克，五味子 10 克，生地黄 12 克，熟地黄 12 克，白芍 15 克，山茱萸 10 克，山药 15 克，牡丹皮 10 克，茯苓 20 克，沙参 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方中太子参、麦门冬、五味子以益气养阴；生地黄、熟地黄、白芍、山茱萸滋阴补肾；沙参润肺止咳；山药、茯苓健脾化痰。诸药合用以益肺养阴补肾。

加减法：手足心热加知母 15 克；咽干口燥加玄参 15 克，天花粉 12 克；痰粘难出加川贝母 10 克。

典型病列：

秦××，女性，78 岁，嗜烟 30 余年。因反复咳嗽、气促 10 年，加重 5 天于 1993 年 6 月 18 日初诊。症见：神疲，面红，喘促气短，动则加剧，咳嗽，咯痰少带血丝，口干，手足心热，大便于，小便短，舌质红，苔少，脉细数。查体：双肺气肿体征，未闻及干湿啰音，心率 96 次/分，律尚整。本证属于肺肾阴虚。阴虚火旺，治以生脉散合六味地黄丸加减。处方：党参 20 克、麦门冬 15 克、五味子 10 克。生地黄 12 克、熟地黄 12 克、白芍 15 克、山茱萸 15 克、山药 12 克、牡丹皮 10 克、白茅根 30 克、沙参 15 克、知母 12 克。连服 2 周，另予西洋参 10 克（另炖）内服，每日 1 次，诸症明显减轻。

4.寒痰蕴肺。

主证：咳嗽，咯痰量多色白稀薄，喘促，气急，畏寒肢冷，口不渴，小便清长，舌苔白腻，脉弦紧。

治法：温肺散寒，止咳化痰。

方药：止嗽散合三拗汤加减。

款冬花 12 克，紫菀 12 克，胆南星 10 克，法半夏 12 克，陈皮 9 克，桔梗 10 克，防风 12 克，荆芥 10 克（后下）.麻黄 10 克，杏仁 10 克，桂枝 8 克，干姜 6 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方中法半夏、款冬权、紫菀以化痰止咳；胆南星燥湿化痰；干姜温化寒痰；桂枝宣肺散寒解表；杏仁、甘草化痰利气；防风、芥穗疏风散寒解表；麻黄以宣肺平喘。诸药合用以温肺散寒，止咳化痰。

加减法：形寒肢冷甚者可加细辛 5 克；挟湿者加厚朴 10 克。

典型病例：

关×，男性，73岁，退休工人。因反复咳喘7年，加重3天入院，患者有抽烟史40年，每因天气变凉诱发加重，入院时症见：精神疲倦，咳嗽，咯痰量多色白，质稀，气急，畏寒肢冷，欲盖衣服，尿清长，舌状淡，苔白腻，脉弦紧。本证属于寒痰蕴肺，治以温肺散寒、止咳化痰为法，止嗽散加减。处方：款冬花12克、紫菀12克。胆南星10克、法半夏12克、陈皮9克、桔梗10克、细辛5克、麻黄10克、杏仁10克、桂枝8克、干姜6克。连服5剂，咳喘减轻，痰少色白，病情稳定。

5.痰热壅肺。

主证：咳嗽，咯痰黄稠难出，发热，恶寒。喘促，气急，胸胁胀满，口于喜饮，舌质红，苔黄，脉滑数。

治法：清热化痰，止咳平喘。

方药：麻杏石甘汤。

麻黄10克，生石膏30克（先煎），黄芩15克，浙贝母15克，爪蒌皮12克，杏仁10克，甘草6克，鱼腥草30克，桑白皮12克，桃仁10克。每日1剂，水煎服。

方解：本方中麻黄、生石膏合用清里达表，宣肺平喘；杏仁。甘草化痰利气；黄芩、浙贝、鱼腥草、桑白皮、瓜蒌皮清泄肺热，化痰止咳；桃仁止咳，活血通脉。诸药合用清热化痰，止咳平喘。

加减法：痰多黄稠加海蛤壳 12 克、天竹黄 15 克；发热可加青天葵 12 克、败酱草30克。

典型病例：

温××，男性，69岁，退休工人。嗜烟酒30年，因反复咳嗽，咯痰10年，气促5年，加重3天人院，就诊时症见：咳喘甚，咯痰黄稠量多难出，喉中痰鸣，发热38.5℃。

口干苦，大便3天未解，小便黄，舌质红，苔黄，脉滑数。查体：双肺呼吸音粗，双下肺可闻及大量干湿啰音及痰鸣音，心率100次/分，律整。血白细胞计数 130×10^9/L，中性球 0.85，胸片报告：慢支肺气肿，双肺感染。本证属中医之痰热壅肺，治宜清热化痰、止咳干喘为法，麻杏石甘汤加味。处方：麻黄10克。生石膏30克、黄芩15克。浙贝母15克、瓜蒌皮12克、杏仁10克、鱼腥草 30克、桑白皮 12克、桃仁 10克、青天葵 12克、柴胡10克、威灵仙15屯，每日1剂，水煎服。连服3天，发热已退，但仍咳喘，痰多，去青天葵、威灵仙、柴胡，加天竹黄15克，人工牛黄粉1克，每日两次，连服5剂，咳喘明显减轻，痰色由黄转白，复查胸片：肺部感染明显吸收好转，血白细胞计数恢复正常。

（二）穴位注射疗法。

1.鱼腥草注射液穴位注射疗法。

主证：咳喘，痰多色黄或发热。

治疗方法：在每侧孔最穴注入鱼腥草注射液2ml，每日1次，2周为一疗程。

2.胎盘注射液穴位注射疗法。

主证：反复咳喘，素体虚弱者。

治疗方法：在双侧肺俞穴分别注入胎盘注射液各2ml，每日1次，15天为一疗程。

3.补骨脂注射液穴位注射疗法。

主证：喘咳日久，痰色稀白，腰膝厦软，小便清长。

治疗方法：在双侧肺俞穴上分别注入补骨脂注射液各 2ml，每日 1 次，15 天为一疗程。

（三）静脉注射疗法。

1.参附芪注射液静脉注射疗法。

主证：喘咳日久，痰色白质稀，腰膝痠软，小便清长。舌质淡，苔白，脉沉。

治疗方法：参附芪注射液 20—40ml 加入 5%荡葡糖 500ml 中静点，每日 1 次，15 天为一疗程，或参附芪注射液 20ml 加入 50%荡葡糖 40ml 中静推，每日 2 次，15 天为一疗程。

2.参麦注射液静脉注射疗法。

主证：喘咳日久，痰少质粘，五心烦热，盗汗。

治疗方法：参麦注射液 40—60ml 加入 5%葡萄糖 500ml 中静点，每日 1 次，15 天为一疗程，或参麦注射液 20ml 加入 50%葡萄糖 20ml 中静推，每日 2 次，15 天为一疗程。

（四）口服中成药。

化痰：猴枣散，1 支/次，3 次/日；蛇胆川贝未，1 支/次，3 次/日；蛇胆川贝液，1 支/次，3 次/日

止咳：止嗽合剂，10ml/次，3 次/日；咳特灵 2 粒/次。3 次/日。

定喘：珠贝定喘丸，6 粒/次，3—4 次/日。

补益：金水宝，2 粒/次，3 次/日；灵芝胶囊，2 粒/次，3 次/日。

二、西医治疗

（一）抗感染。

青霉素纳盐：80 万单位/次，3 次/日，肌注。或用 640 万至 960 万单位加入液体中静脉滴注。亦可用氨苄青霉素 2g/次，静脉注射，3 次/日，青霉素过敏者可选用红霉素。氯霉素，或先锋霉索等。

（二）保持呼吸道通畅，解痉，祛痰，止喘。

氨茶碱：0.1g/次，3 次/日，口服；博利康尼：2.5mg/次，2—3 次/日，口服；舒喘灵：2.4mg/次，3 次/日，口服；全特灵：8mg/次，2 次/日，口服。

（三）免疫增强剂。

1.胎盘脂多糖：2ml/次，1 次/日，肌注。20 天为一疗程。

2.转移因子：2ml 次。1 次/周，皮下注射。1 个月后改 1 次/2 周。

3.核酪注射液：2—4ml/次，2 次/周，肌注。连用 3 周后改为 1 次/周。

（四）氧疗。

对于慢性缺氧患者给予低流量吸氧（25%一 30%）。

（五）康复性治疗。

1.隔肌呼吸锻炼：动用隔肌作深缓腹式呼吸，可加强隔肌活动，增强肺泡通气量。

2.缩唇呼气：目的在于增加气道外口段阻力，使等压点移向中央大气道，可防止气道过早闭台。方法：用鼻吸气，口呼气，呼气时口唇收拢，作吹口哨样。呼吸按节律进行，吸与呼之比力 1：2 或 1：3，尽量将气体呼出，以改善通气。

3.医疗体操：视患者病情，可选用静气功，太极拳，呼吸操，定量行走或登梯练习，以提高耐力，改善肺功能。

（韩云、罗细贞）

第五节肺炎

肺炎是呼吸系统常见病之一，是指肺实质的炎症。在临床上肺炎有两种分类，按解剖学分为大叶性肺类（肺泡性肺炎）、小时性肺炎（支气管肺炎）和间质性肺炎。按病因学可分为细菌性肺炎，霉菌性肺炎，病毒性肺炎，支原体肺炎，立克次体性肺炎以及化学性肺炎等本文以肺炎球菌性肺炎为代表。

肺炎在中医临床中属于”风温”、“肺热”、“喘咳”、“胸痛”等范畴。

肺炎的主要临床表现常有受寒、淋雨、疲劳等诱因，发病急骤，约有 50%患者有数日的上呼吸道感染先兆症状。先寒战，继而高热 39℃一 40℃，多呈稽留热，胸痛如针刺样，如下叶肺炎旱及胸隔膜，疼痛可放射至上腹部，易误诊为急腹症。咳嗽，咯痰，典型者痰呈铁锈色或痰中带血，粘液性脓痰，病变较广可有呼吸急促，鼻翼煽动或紫绀。全身中毒症状可有头痛，全身肌肉疫痛，感染严重，病情迅速恶化，血压突然下降到 80/50㎜Hg 以下，伴有周围循环衰竭征，尿少或无尿，烦躁不安，意识模糊，面色苍白，指端发绀，四肢冷湿，脉搏微弱，心率加快或心音减弱等表现，应考虑为休克型肺炎（又称中毒性肺炎）。

体证：早期肺部体征不明显，叩诊有轻度浊音，呼吸音减低和胸膜摩擦音。实变期则有典型体征如叩音浊、语颤增强和支气管呼吸音。消散期可见大量湿性啰音。

临床诊断依据：急性起病，寒战，高热，胸痛，咳嗽及咯铁锈色痰，X光线显示肺浸润，常呈大叶性分布，痰中有肺炎球菌，若血中亦有菌，则力肺炎引起败血症。

中医学认为肺炎病位在于肺。肺主气而司呼吸，开窍于鼻而外合皮毛，为五脏六腑之华盖。患者可因寒温失调或劳倦、体虚感受外邪，邪犯肺卫，卫气被遏，则出现恶寒，发热，热邪壅肺，炼液为痰，痰热阻于肺，肺失宣降，肺气不利则咳嗽，痰黄，气促；痰热阻滞于胸则疼痛发作；热积于肺，伤及肺络则痰中带血或铁锈色痰。若病情发展，热邪不退，侵犯营血，热极生风则高热，抽搐；热人心包可神昏谵语；气滞血瘀则唇甲紫绀。

西医认为本病的发病主要原因是感染细菌、病毒、立克次体、衣原体、支原体、真菌和原虫等，其次物理。化学和免疫原性损伤亦可导致肺炎。大叶性肺炎，多由肺炎球菌感染所致。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.邪犯肺卫。

主证：发热、微恶寒，头身痛，咳嗽，咯痰色白质稠或微黄，胸痛，口干，舌质红，苔自或微黄，脉浮数。

治法：辛凉解表，清肺化痰。

方药：银翘散加减。

金银花 15 克，连翘 15 克，牛蒡子 10 克，桔梗 10 克，淡竹叶 12 克，芦

根 20 克，荆芥 10 克，薄荷 6 克（后下），桑白皮 15 克，前胡 12 克，瓜蒌皮 12 克，鱼腥草 30 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以金银花、连翘疏风清热解表；淡竹叶、芦根清热生津；薄荷、牛蒡子利咽，清凉解表；桑白皮、前胡、爪蒌皮、鱼腥草清热化痰，宣肺止咳。共奏辛凉解表，清肺化痰之功。

加减法：热盛者加生石膏 30 克，黄芩 15 克，青天葵 12 克；咳甚加杏仁 10 克；痰稠则加天竹黄 12 克，川贝未 1.5—3 克（冲服），浙贝母 15 克；大便不通可加大黄 9 克，玄明粉 3 克（冲服）。

典型病例：

张××，男性，26 岁，农民。4 天前劳动时淋雨后觉头痛，恶寒，高热达 39.6℃，咳嗽，咯痰黄稠，时左胸痛，口于苦，大便秘结，小便黄短，舌质红，苔黄，脉浮数。查体：急性病容，双肺呼吸音粗，左下肺可闻及少量细湿啰音。胸片报告：左下肺轻度感染。白细胞汁数 12.6×10^9/L 中性球 0.75。本证属于邪犯肺卫，拟银翘散加减治疗。处方：金银花 15 克。连翘 15 克、青天葵 12 克。青蒿 10 克（后下）。威灵仙 15 克。芦根 20 克、薄荷 6 克（后下）、黄竿 15 克、桑白皮 12 克、鱼腥草 30 克、爪蒌皮 12 克、柴胡 15 克，连服 5 剂后热退，咳减，痰色由黄稠变稀白，病情明显改善。

2.痰热壅肺。

主证：壮热，咳嗽频作，呼吸气粗，胸痛如刺，咯痰黄稠难出，或铁锈色或痰中带血，大便于结，小便黄短，舌质红，苔黄干，脉滑数。

治法：清热解毒，泻肺化痰。

匙药，麻杏石甘汤加味，《千金》苇茎汤。

浙贝母 15 克，麻黄 12 克，知母 10 克，冬瓜仁 20 克，桃仁 20 克，鱼腥草 15 克，桑白皮 15 克，山桅 10 克，黄芩 15 克，瓜蒌皮 15 克，青天葵 12 克。桔梗 10 克，芦根 30 克，薏苡仁 30 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以桑白皮、麻黄、山桅、黄芩以清热泻肺平喘；浙贝母、杏仁降气化痰；知母、青天葵清热生津，芦根生律止渴；薏苡仁、鱼腥草、冬瓜仁清热化痰；桃仁止咳。共奏清热解毒泻肺化痰。

加减法：咳血加自茅根 15 克。侧柏叶 15 克；神昏谵语者，加服安宫牛黄丸，每天 1 粒；大便于结加大黄 9 克、枳实 12 克。

典型病例：

苏××，男性，37 岁，工人，因咳嗽，胸痛 5 天，加重伴高热 1 天入院，入院时症见咳嗽，咯痰黄稠带血丝，右胸痛，高热 40℃，大便 3 天未解，小便黄短，舌状红，苔黄，脉滑数。查体：双肺呼吸音粗，右中下肺可闻及中量细湿啰音。胸片报告：右中下肺感染。血白红胞 19.06×10^9/h 中性球 0.90。本拄属于痰热壅肺，治以清热解毒，泻肺止咳为法，以麻杏石计汤加味。处方：浙贝母 15 克、知母 10 克、冬瓜仁 20 克、鱼腥草 30 克，桑白皮 15 克、黄芩 15 克、生石膏 30 克（先煎），杏仁 10 克、麻黄 10 克、白茅根 30 克、青天葵 15 克。每日 1 剂。配合静脉滴注 5%葡萄糖 500 毫升加清开灵注射液 40 毫升，每日 1 次，5 天后，发热退至 37.50，咳血止，痰捎变白，病情改善。

3.气阴两亏。

主证：咳嗽，低热或午后潮热，手足心热，自汗出，神疲，纳呆，口于，舌质红，苔少，脉细。

治法：益气养阴，润肺化痰。

方药：养阴清肺汤加减。

生地黄 20 克，麦门冬 15 克，白芍 15 克，玄参 15 克，川贝 12 克，牡丹皮 10 克，杏仁 10 克，太子参 24 克，地骨皮 15 克，黄精 20 克，紫菀 12 克，桑白皮 15 克。每日 1 坚，水煎服。

方解：本方以生地黄养肾阴；麦门冬养肺阴；玄参清虚火而解毒；川贝母润肺化痰；白芍敛阴泄热；太子参、黄精润肺养阴；杏仁、桑白皮、紫菀化痰止咳；地骨皮清虚热。诸药配伍共奏益气养阴，润肺化痰之功。

加减法：胸痛者加田七未 3 克（冲服）、郁金 15 克；自汗者加乌梅 12 克、浮小麦 30 克；口干有痰者可加天花粉 15 克；低热明显加白薇 15 克、青蒿 9 克。

典型病例：

刘××，女性，46 岁，干部。因反复咳嗽咯痰 1 月，低热 1 周入院。患者于入院前 1 月曾因高热，咳嗽，咯痰黄稠，在当地医院经 X 光线透视确诊为左肺感染。经静滴青霉索后热势已下降，但仍时低热 37.5℃一 38℃，以午后为甚，间咳，咯痰少粘，手足心热，多梦，失眠，自汗，舌质红，脉细。本证属于气阴两虚，痰热未清，方拟养阴清肺汤加减治疗以善其后。处方：生地黄 20 克、麦门冬 15 克、白芍 15 克、玄参 15 克、杏仁 10 克、太子参 24 克、地骨皮 12 克、银柴胡 12 克、桑白皮 12 克、浮小麦 30 克，每日 1 剂，水煎服。连服 7 天，诸症基本消失，复查胸片，血象均正常。

4.阳气虚脱。

主证：高热突然下降，面色苍白，汗出淋漓，四肢厥冷，精神淡漠，呼吸气促，喉中痰鸣，口唇紫绀，舌质淡暗，脉微细。

治法：益气固脱，回阳救逆。

方药：生脉散合参附汤加减。

高丽参 10 克（另炖），熟附子 10 克，麦门冬 15 克，五味子 6 克，黄茂 30 克，生龙骨 15 克（先煎），生牡蛎 15 克（先煎），炙甘草 10 克。每日 1 剂，水煎眼。

方解：本方中高丽参大补元气；熟附子温壮真阳，与生尤骨、生牡蛎合用可回阳、益气、固脱；黄芪益气；麦门冬养阴润肺；五味子敛肺止汗而生津。诸药合用可益气固脱，救逆回阳，敛汗养阴。病情稳定后可配合涤痰活血药。加减法；口唇紫暗甚加丹参 20 克，当归 10 克。

典型病例：

黄××，男性，58 岁。因咳嗽，咯痰，气促 20 天，加重 2 小时收入留观，患者于 20 天前受凉后出现咳嗽，咯痰黄稠难出，气促，胸闷发热 39℃，微恶寒，在乡村卫生所打“退烧针”后，发热骤降，但咳喘加重，由家人送来留观。入观时症见：咳嗽，气促不能平卧，喉中痰鸣，口唇紫钳，表情淡漠，尚能对答，舌状暗，脉细数，查体：左肺可闻及大量细湿啰音，心率 127 次/分，律尚整，即查血细胞分析报告：白细胞为 21.0×10^9/L 分叶核 0.90，胸片示：左大叶性肺炎。本证属于中医之阳气虚脱，予立即静脉推注 50%葡萄糖 40㎖ 加参附芪注射液 20 毫升处理，加服中药：高丽参 10 克（另炖）、熟附子 10 克、麦门冬 15 克、五味子 6 克、黄芪 30 克、生龙骨 20 克（先煎）、生牡蛎 20 克（先煎）。炙甘草 10 克，每日 1 剂，水煎服。配合西医抗感染，以祛痰、止咳为治则，经治 3 周而愈。

（二）穴位注射疗法。

1.鱼腥草注射液穴位注射疗法。

主证：咳嗽，咯痰黄稠，发热。

治疗方法：在每侧肺俞或台谷穴注入鱼腥草注射液 2 毫升，每 14 天为一疗程，每日 1 次。

2.胎盘注射液穴位注射疗法。

主证：病后体虚，反复咳嗽，咯痰。

治疗方法：在双侧肺俞穴分别注射胎盘注射液各 2 毫升，每日 1 次，15 天为一疗程。

（三）中成药。

根据病情，可适当选择中成药：

口服：①三蛇胆川贝末，每次 1 支，每日 3 次，②猴枣散，每次 1 支，每日 3 次；③人工牛黄粉，每次 1 克，每日 3 次；④止嗽台剂，每次 10 毫升，每日 3 次，⑤咳特灵，每次 2 粒，每日 3 次。

静脉点滴：①5%葡萄糖 500n1 加清开灵注射液 40—60㎖，静脉滴注，每日 1 次，7—14 天为一疗程；② 5%葡萄糖 500㎖ 加穿唬宁注射液 12—20㎖ 静脉滴往，每日 1 次，7—14 天为一疗程 ；③5%葡萄糖 500㎖ 加双黄连粉 2.4—3.6 克，静脉滴注，每日 1 次，7—14 天为一疗程。

二、西医治疗

（一）控制感染。

首选青霉素 ：轻症 80 万单位/次，2—3 次/日，肌注。重症 1000 万至 2000 万单位/日，分 4 次静脉滴注或静注，滴注时每次量尽可能在 1 小时内滴完，皮试阴性后用。对青霉素过敏者改用红霉素、林可霉素或先锋霉索，有条件应根据痰培养及药物敏感度验结果调整。

（二）化痰止咳，保持呼吸道通畅。

1.祛痰、止咳。

化痰片 2 片，每日 3 次；乐舒痰液 10㎖，每日 3 次；复方必消痰 2 粒，每日 3 次，口眼。

2.超声雾化吸入治疗：氨茶碱 0.125㎎，a—糜蛋白酶 5㎎，庆大霉素 4 万单位，地塞米松 2㎎，加生理盐水 10㎖1 作超声雾化吸入，每日 2 次。

（三）对症，支持疗法。

1.高热以物理降温为主，必要时可用复方氨基比林 2㎖ 肌注，或阿斯匹林 0.3g 口服，注意防止汗出过多引起脱水。高热者，每天入量在 2000—3000㎖。

2.腹胀，鼓肠，可局部热敷，肛管排气。

（韩云、罗细贞）

第六节支气音扩张

支气管扩张是一种感染性疾病，是支气管壁或细支气管壁因慢性炎症的损害造成支气管壁破坏和管腔扩张和变形，简称“ 支扩 ”。

支气管扩张在中医临床中属“ 咳嗽 ”，”肺痈 ”、“ 痰饮 ”、“ 咯血 ”的范畴。

支气管扩张主要的临床表现是以起病慢、病程长、长期咳嗽、咯大量脓

性痰和反复咯血为特征。支扩的咯痰量较多，每天可达 100—400 毫升，常于变换体位时容易咯出。痰液静置数小时后可分 3 层，上层为泡沫，中层为粘液，下层为脓液和坏死组织。如为厌氧菌感染可有恶臭脓痰。支气管扩张可呈反复咯血，血量多少不等，按出血量多少可分轻度：少量咯血，一天血量少于 100 毫升，或一次咯血 50—100 毫升，或一次咯血量 50 毫升以内。中度：中量咯血，一天出血量在 too 一 500 毫升，或一次咯血 50—100 毫升，脉率增快。重度：大量咯血，一天出血量超过 5oo 毫升，或一次咯血在 100 毫升以上，脉率 100 次/分以上，血压可下降，甚至出现休克，或因咯血引起喘促，紫绀甚至出现窒息。

临床亦有咳嗽咯痰不明显，仅表现为反复咯血称为干性支扩。

体征：肺部病变部位持续存在湿性啰音，有感染时尤为明显，部分患者有杆状指（趾）。

临床诊断依据是以慢性咳嗽，咯脓性痰液反复咯血，X 线检查：患侧肺纹理增粗、紊乱可见柱状、囊状或囊柱状改变。

中医学认为支气管扩张病位在肺，与肝脾、肾三脏相关。肺主气而司呼吸，开窍于鼻而外合皮毛，为五脏六腑之华盖，患者可因幼儿时腠理不固，肌肤嫩弱，加上小儿冷暖不知调节，容易为外邪所伤，若患上麻疹。百日咳肺卫更虚因而种下祸根。肺为娇脏，不耐六淫的侵扰和痰热的薰灼，长期吸烟的刺激而导致气机出入升降失调，肺气失宣故咳嗽腥臭脓痰、胸闷、气促。若值邪热相煎，肺络受损，血溢脉外而致反复咯血。

西医认为本病的发病主要原因是支气管和肺部的细菌感染、吸入异物(花生、黄豆等）或有毒气体（氧气、二氧化硫等）引起，常见继发于幼几时呼吸系统严重感染，如麻诊合并肺炎、百日咳、流感后支气管肺炎，亦有继发于肺结核。

［治疗］

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.热伤肺络。

（1）痰热伤肺型。

主证：反复咳嗽，咯大量脓样黄白色稠痰，其气味腥臭，咯血或痰中带血，口干、口谒。可伴有发热、恶寒、胸闷，胸痛。大便结，尿黄。舌质红，苔黄腻，脉滑数或浮数。

治法：情热泻火，凉血止血。

方药：清肺止血汤。

生地黄 15 克，牡丹皮 15 克，仙谎草 30 克，苇茎 15 克，鱼腥草 30 克，桑自皮 15 克，杏仁 12 克，桔梗 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以生地黄、牡丹皮、仙鹤草清热凉血止血；苇茎、鱼腥草清泻肺热；桑白皮、杏仁、桔便宣肺涤痰。共奏情肺除痰、凉血止血之功。

加减法：辱盛加黄连 12 克、黄芩 15 克；痰多加瓜蒌皮 12 克、胆南星 12 克。冬瓜仁 15 克；大便秘结不通加大黄 12 克；血色瘀暗，缠绵不止加三七末 1.5 克冲服；若兼恶寒表邪未解加薄荷。

典型病例：

余××，男性，开平县农民。患支扩病史 15 年，曾行后多次咯血，12 天前因食煎堆糖水翌日咯血不止，甚至从口鼻喷出，出血量约 500 毫升，当

地曾用青霉素、链霉素、安络血等治疗，咯血仍未止而来穗治疗。证见神疲消瘦，痰多气促，呼吸 25 次/分，咳嗽时见整口整口暗红色血咯出。挟有小许黄痰。伴胸闷痛，口干苦、尿黄、大便结、舌质红、苔黄腻、脉象滑数。检查：桶状胸、两肺可闻湿性啰音，以右肺尤多。胸片报告：右下肺：扩合并感染。白细胞计数 14.9×10^9/L，中性球 0.75，淋巳球 0.23，大单核 0.02，红细胞 3.8×$10^{12}/_3$，血色素 107g/L。本证属痰热伤肺，拟清肺止血汤加减治疗。处方：生地黄 15 克、牡丹皮 12 克。仙鹤草 30 克、苇茎 15 克、桑白皮 15 克、爪萎皮 15 克、杏仁 12 克、前胡 15 克、冬瓜仁 20 克、胆南星 12 克、三七未 1.5 克（冲服），连服 3 剂咯血停止，咳嗽咯痰明显减轻。

（2）肝火犯肺型。

主证：咳嗽，咯黄色脓痰，咯血，烦躁易怒，胸胁疼痛。口于口苦，舌质红、苔薄黄而干，脉滑数。

治法：清肝泻火止血。

方药：清肝止血汤。

生地黄 15 克，壮丹皮 15 克，龙胆草 15 克，桅子 12 克，杏仁 15 克，生蒲黄 15 克，仙鹤草 30 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以尤胆草、桅子清肝泻火；生地黄、牡丹皮、生蒲黄、仙鹤草凉血止血；佐以桑白皮、杏仁宣肺化痰。共建泻火清肝，凉血止血之功。

加减法：胸胁刺痛加柴胡 9 克。桃仁 12 克；痰多难咯出者加浙贝母 12 克、瓜篓皮 12 克。

典型病例：

李××，男性，42 岁。有支扩，咯血病史 20 多年，近因与友合作生意买卖失利而互相埋怨，以致恶言相向，当晚咯血约 30 毫升，第二天就诊仍痰血不断，血色鲜红，咳行胸胁闷痛，口干苦，舌质红，舌苔黄，脉象弦。检查右下肺可闻湿性啰音及小许干啰音，X 线诊断为右下肺支扩。血常规检查正常。‘本证属肝郁化火，木反侮金，拟清肝止血汤加味治疗。处方龙胆草 15 克、牡丹皮 15 克、生地黄 15 克、桅子 12 克、柴胡 9 克。煎服两剂血痰消失，柴胡乃肝经之药引，配枳壳宽胸下气，药达病所而取效。

（3）相火灼金型。

主证：咳嗽咯痰或干咳无痰，痰中带血或反复咯血，口于咽燥，潮热盗汗，面赤颧红，舌质红少苔或无苔，脉象细数。

治法：滋阴清热。凉血止血。

方药：滋阴止血汤。

生地黄 15 克，牡丹皮 15 克，玄参 15 克，黄柏 12 克。知母 12 克，仙鹤草 30 克，川贝未 0 克（冲服），阿胶 12 克（烊化）。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以生地黄、玄参、仙鹤草滋阴凉血止血为主药；佐以知母、黄柏、牡丹皮泻相火，清热养阴；川贝母、阿胶润肺燥、益肺阴以止血。

加减法：痰多加齐尼 12 克。枇杷叶 12 克、天花粉 15 克；反复咯血加生蒲黄 12 克、茜草根 12 克、白茅根 30 克；舌涸津伤以生藕汁化茶，徐徐咽下。

典型病例：

谢×，男性，26 岁。自幼有慢性咳嗽病史，曾多次咯血，平素嗜辣椒、蒜头等物，本次发病前曾吃辣椒。以致晚上咳嗽增加咳血，伴痰难咯出，失眠、舌红、苔白干，脉细数。检查左下肺可闻少许湿性啰音，血常规正常。胸片报告左下支扩。本证属阴虚火旺，相火的金以致咯血拟阴止血汤加麦门

冬、白及治疗。处方：生地黄 24 克、麦门冬 15 克、玄参 15 克、黄柏 12 克、知母 12 克、壮丹皮 15 克、白及未 9 克（冲服）、川贝未 3 克（冲服）、阿胶 12 克（烊化）。煎服两剂，血痰消失。麦门冬能益肺润燥养阴，白及敛肺而补损伤配滋阴止血汤而能奏效。

2.痰浊阻肺。

主证：反复长期咳嗽，咯大量脓臭痰，痰虽黄白粘稠，但易咯出，尤以早晚或复换体位后咯痰更多，可伴气促。气紧，但痰咯出后可以减轻，舌质红、苔白厚腻，脉滑。

治法：法痰止咳平喘。

方药：支扩涤痰汤。

鱼腥草 30 克，前胡 12 克，杏仁 12 克，浙贝母 12 克，冬瓜仁 15 克，薏苡仁 15 克，炙麻黄 12 克，桔梗 15 克，法半夏 12 克。瓜蒌仁 12 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以杏仁、冬爪仁、薏苡仁、爪蒌仁宣肺活痰为主药；佐以鱼腥草、前胡、浙贝母清肺行痰；炙麻黄、法半夏降气法痰平喘。

加减法：若湿痰化热出现发热恶寒加黄连 12 克、黄芩 15 克、青天葵 12 克、青蒿 12 克；清泻肺热，痰黄稠难咯出则加桑白皮 15 克、苇茎 15 克、礞石 9 克清热滑痰。

典型病例：

赵××，女性，28 岁。自 3 岁出麻疹以后反复咳嗽咯痰，经治不愈，15 岁以后开始反复咯血，出血量时多时少。患者近来每天痰量增加，特别是早、晚咳嗽咯痰更多，自觉胸前痰液来回翻滚、气喘、痰白稠、有异味，舌质红、苔白腻、脉滑。本证属痰浊阻肺，拟支扩涤痰汤加金礞石为治。

处方：桔梗 15 克、杏仁 12 克、鱼腥草 30 克、礞石 9 克、法半夏 9 克、炙麻黄 12 克、瓜蒌仁 2 克、浙贝母 12 克、冬瓜仁 2 克、薏苡仁 15 克、前胡 12 克。连服 5 剂气喘告平，咳嗽咯痰亦较前减轻。

3.肺脾两虚。

主证：反复咳嗽，咯痰量多，痰稀色白或带泡沫，气短，少气懒言，胃纳减少，形体消瘦，易患伤风感冒，舌质淡红，舌苔自润，脉细数。

治法：益气健脾，祛痰止咳。

方药：三六汤。

党参 30 克，茯苓 12 克，白术 12 克，黄芪 30 克，法半夏 12 克，陈皮 9 克，白芥子 9 克，莱菔子 12 克，苏子 12 克，炙计草 6 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以陈夏六君汤（党参、茯苓、白术、炙甘草、陈皮、法夏）加北芪为主药益气健脾、化湿祛痰。重用党参补脾气以壮后天之根本，北芪补肺气以固卫外之藩篱；以三子养亲汤（苏子、白芥子、莱菔子）蠲顽痰，除宿痰，共收培土生金，益气除痰之功。本方加减可供支扩病人平时调补之用。

（二）穴位注射疗法。

1.鱼腥草注射液穴位注射疗法。

主证：反复咳嗽，咯血或痰中带血。

治疗方法：在每侧孔最穴注入鱼腥草注射液 2 毫升，患者咯血时每天注射两次，三天为一疗程，咯血停止后每天注射穴位 1 次，巩固治疗 2～3 天。

2.胎盘注射液穴位注射疗法。

主证：支扩反复咳嗽咯痰，索体虚弱，易患感冒。

治疗方法：在双侧肺俞穴分别注入胎盘注射液 2 毫升，每日 1 次，15 天为一疗程。

二、西医治疗

（一）促进痰液引流，保持呼吸道通畅。

1.祛痰剂：必嗽平 16 毫克，每日 3 次，口服。氯化铵 0.3 克，每日 3 次，口服。

2.支气管扩张药：氨茶碱 0.1 克，每日 3 次，口服。舒喘灵 2.4 毫克，每日 3 次，口服，0.2%舒喘灵气雾剂，每次 0.1～0.2 毫升，气雾吸入。

3.超声雾化吸入治疗：氨茶碱 0.125 克，a—糜蛋白酶 5 毫克，庆大霉素 4 万单位，地塞米松 2 毫克，加生理盐水 10 毫升作超声雾化吸入，其中庆大霉素可以根据痰菌药敏结果选用抗菌素效果更好。

4.体位引流和翻身拍背，根据病变位置不同采用不同体位，身体虚弱或长期卧床病人更应在家人协助下经常翻身拍背以利痰液排出。

（二）控制感染。

1.有继发感染者均应及时使用抗菌素进行治疗。常用有红霉素 0.025 克，每日 4 次，口服；头孢氨苄 0.25 克，每日 3～4 次，口服；环丙氟呱酸 0.25～0.5 克，每 12 小时 1 次，口服；或用青霉素 120 万单位/日合链霉素 1.0 克/日，疗程 1～2 周，或用氨苄青霉素 6 克/日静脉滴注，疗程 1～2 周，至感染控制。2.最好在抗菌素治疗前作痰液培养和药敏试验，根据药敏结果选用有效抗菌素，以提高疗效。

（三）手术治疗。

如经内科治疗后仍有反复大咯血或感染，而病灶范围较局限，心肺功能较好者可考虑手术切除治疗。

（冯维赋）

第七节肺脓肿

肺脓肿是一种感染性疾病，由多种病因所引起的肺组织化脓性病变。早期为化脓性炎症，继而坏死形成脓肿。

肺脓肿在中医临床中属于肺痈范畴。

肺脓肿主要临床表现：起病急骤，寒战，发热，体温可高达 39℃～40℃，为弛张热，伴咳嗽，咯粘液脓痰；或腥臭脓痰。炎症累及胸膜引起尖锐胸痛。病变范围过大，可引起气急，同时有全身毒性症状，如精神不振，乏力，食欲减退等。约 7～10 天后咳嗽加剧，脓肿破溃于支气管，咳出大量脓臭痰，每日可达 300～500 毫升。常伴有痰中带血或中等量咯血。

慢性肺脓肿患者有慢性咳嗽，咳脓痰、反复咯血，继发感染和不规则发热等，常伴贫血、消瘦等慢性消耗病变。

血源性肺脓肿多先有原发病灶引起的畏寒高热等全身脓毒血症的症状，经数日至两周才出现肺部症状，如咳嗽，咯痰等，通常痰量不多，极少咯血。

体征：与肺脓肿的大小及部位有关。病变较小或位于肺脏深部，可无异常体征。病变较大，叩诊呈浊音或实音，听诊呼吸音减低，有时可闻及湿性啰音。慢性肺脓肿患者患侧胸廓略塌陷，可有杵状指（趾）。血源性肺脓肿

体征大多阴性。

临床诊断依据是急性发作性寒战、高热、胸痛、咳嗽，咯大量脓臭痰、咯血；结合血白细胞总数和中性粒细胞显著增高。肺野大片浓密炎症阴影中有脓腔及液平面的 X 线征象，可作出诊断。血痰培养包括厌氧菌培养，分离细菌，有助病原学诊断。

中医学认为肺脓肿病位在肺。其病理过程分为初期、成痈期、溃脓期、恢复期、肺主气司呼吸，为五脏六腑之华盖，且肺为娇脏，不耐六淫的侵袭和痰热的薰灼。由于感受风热或痰热素盛，致肺内热毒蕴结，血败肉腐而成痈化脓、肺损络伤，脓疡破溃，排出大量腥臭痰或脓血痰、胸痛、气促。

西医认为本病的发病原因是一种感染性疾病，常为混合感染。包括需氧和厌氧的革兰氏阳性与阴性球菌和杆菌。根据其发病原理与病因的关系，可分为吸入性、血源性、继发性及阿米巴肺脓肿四种类型。

［治疗］

一、中医分型治疗

1.初期。

主证：恶寒发热，咳嗽，咳白色粘液痰，痰量由小渐多，胸痛、咳时尤甚，口干鼻燥，苔薄黄或薄白，脉浮数而滑。

治法：清肺散邪，疏风解表。

方药：银翘散加减。

金银花 20 克，连翘 12 克，竹叶 12 克，芦根 20 克，淡豆豉 12 克，牛蒡子 12 克，菊花 15 克，桑叶 12 克，薄荷 10 克（后下），鱼腥草 30 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以金银花、连翘、竹叶、芦根、菊花、桑叶疏风清热解毒；薄荷、淡豆豉、牛蒡子以疏风宣肺；鱼腥草以加强情热解毒之力。全方配合，共奏清热散邪，疏风解表之功。

加减法：咳甚痰多者，加爪蒌仁 20 克、浙贝母 12 克、枇杷叶 15 克、杏仁 2 克；燥伤津者，可加沙参 15 克、麦门冬 15 克、天花粉 30 克；烦躁内伤口苦者加生石膏 30 克；胸痛者加香附 12 克、柴胡 10 克、郁金 15 克，可酌情加大青叶 10 克、青天葵 10 克以加强清热解毒之力。

2.成痈期。

主证：壮热寒战，胸闷作痛，转侧不利，咳嗽气急，咳吐腥臭脓痰，口干咽燥，烦躁不安，舌苔黄腻，脉滑数。

治法：清热解毒，消痈化瘀。

方药：清痈汤。

苇茎 30～40 克，薏苡仁 12 克，桃仁 12 克，冬瓜仁 12 屯，桔梗 15 克，金银花 30 克，紫花地丁 30 克，蒲公英 20 克，葶苈子 20 克，桑白皮 15 克，甘草 10 克。每日 2 剂，小煎，分三次口服。

方解：方中苇茎清热宣肺；薏苡仁、桃仁、冬瓜仁以行瘀散结；桔梗、甘草、葶苈子、桑白皮以化浊排痰；金银花、紫花地丁、蒲公英以清热解毒。全方组合共奏清热解毒、消痈化瘀之功效。

加减法：热盛者可加黄芩 15 克，黄连 9 克，石膏 30 克，栀子 9 克。同时，可酌情加大青叶 12 克、鱼腥草 30 克、连翘 15 克等以加强清热解毒之力。

3.溃脓期。

主证：咳吐脓血，腥臭异常，胸中烦满而痛，甚则气促不能平卧，身热

面赤，烦渴喜饮，舌质红或绛，苔黄腻，脉多滑数。

治法：清肺、解毒、排脓。

方药：清肺排脓汤。

金银花 30 克，连翘 15 克，败酱草 30 克，鱼腥草 30 克，皂角刺 15 克，桔梗 15 克，甘草 10 克，苇茎 30 克、桃仁 15 克，薏苡仁 15 克，丹参 18 克，陈皮 6 克，法半夏 12 克，浙贝母 15 克，前胡 12 克。每日 2 剂，水煎，分 3 次口服。

方解：方中金银花、连翘、败酱草、鱼腥草、皂角刺、苇茎以清热解毒排脓；桃仁、薏苡仁、丹参以活血祛瘀；桔梗、甘草、浙贝母、前胡、陈皮、法半夏以止咳化痰。全方配合共奏清热解毒排脓之功。

加减法：痰血或咯血者，加白芍 15 克、白茅根 30 克、仙鹤草 15 克、生地 30 克、丹参 30 克；气虚不能托脓者，可加生黄芪 30 克；气促明显加麻黄 12 克。

典型病例：

郑××，男 32 岁，个体户。因发热，咽痛 3 天，在某医院门诊行“扁机体周围脓肿”引流术，经抗生素治疗，发热仍不退，并出现高热，寒战、胸痛、咳粘液脓痰，立即拍胸片提示：右肺肺脓肿。血白细胞计数 21.1×l09/L，中性 0.90，红细胞 3.8×109/L，血红蛋白 102g/L。痰培养结果为：肺炎克雷白杆菌，但血培养为阴性。

本证属于肺痈溃脓期，拟清肺排脓汤加减治疗。处方：金银花 30 克、连翘 15 克、败酱草 20 克、鱼腥草 20 克、皂角刺 15 克、桔梗 15 克、甘草 10 克、苇茎 30 克、桃仁 15 克，薏苡仁 15 克、丹参 18 克、陈皮 6 克、法半夏 12 克，浙贝母 15 克、前胡 12 克。每日 2 剂，水煎分 3～4 次口服。连服 3 周。痰量逐渐减少，体温渐退，服药期间同时辅用抗生素治疗及其他对症处理。恢复期予以益气养阴、补肺健脾方法，方拟清燥救肺汤加减治疗三周，诸症消失，血、痰培养均为阴性，血象及胸片正常，共住院 6 周，病愈出院。

4.恢复期。

主证：身热渐退，咳嗽减轻，脓痰减少。诸症好转，神疲纳呆、舌红、脉细数无力。

治法：益气养阴，补肺健脾。

方药：清燥救肺汤加减。

党参 20 克，沙参 15 克，麦门冬 15 克，黄芪 30 克，浙贝母 15 克，百合 15 克，山药 15 克，黄精 15 克，阿胶（烊化）12 克，胡麻仁 12 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中党参、麦门冬、黄芪、黄精、山药以益气健脾；阿胶、胡麻仁以补肺养阴润燥；沙参、浙贝母、百合以养阴清肺化痰。全方组合共奏益气养阴、补肺健脾之功。

加减法：亲热邪未尽仍低热可加鱼腥草 15 克、金银花 15 克；痰热较甚者可加石膏 30 克、杏仁 12 克、桑叶 10 克。枇杷叶 10 克以清肺化痰。

二、西医治疗

治疗原则为抗炎和引流。

（一）控制感染。

1.根据病情严重程度及培养结果选用抗生素：首选青霉素，病情严重者，每日静脉滴注 240 万至 1000 万单位，一搬可用 160 万至 240 万单位，每日分

2～3 次肌肉注射。

对青霉素不敏感或过敏者，可用洁霉素 0.5 克，每日 3～4 次口服，或 0.6g，每日 2～3 次肌肉注射，病情严重者可用 1.8g 加入 5%葡萄糖 500 毫升静脉滴注，每日 1 次。或氯林可霉素 0.15～0.3g，每日 4 次口服。或灭滴灵 0.4g 每日 3 次口服。嗜军团杆菌所致肺脓肿，红霉素治疗有良效。抗生素疗程一般 8～12 周。

2.血源性肺脓肿为脓毒血症的并发症，应按败血症治疗。

（二）痰液引流，保持呼吸道通畅。

1.祛痰剂：必嗽平 16mg 每日 3 次，氯化铵 0.3g，每日 3 次，或乐舒痰口服液 10ml 每日 3 次。或化痰片每次 0.5g，每日 3 次。

2.超声雾化吸入治疗：氨茶碱 0.125g，a—糜蛋白酶 5mg，庆大霉素 4 万单位，地塞米松 2mg，加入生理盐水 10ml 作超声雾化吸入，以利痰液引流。

3.体位引流与纤维支气管镜冲洗并吸引，体位引流适应于一般情况较好患者，使脓肿部位处于高位，在患侧轻拍，每日 2～3 次，每次 10～15 分钟，有助于脓液排出。有明显的痰液阻塞证象者，可经纤维支气管镜冲洗吸引。

（三）外科治疗。

支气管阻塞疑为支气管肺癌者，慢性肺脓肿经内科治疗 3 个月脓腔仍不缩小，感染不能控制，或并发支气管扩张，脓胸，支气管胸膜瘘，大咯后有危及生命时，需作外科治疗。

（尹克春）

第八节支气管哮喘

支气管哮喘是一种常见的发作性呼吸道变态反应性疾病，是在支气管高反应状态下由于变应原，或其他因素引起支气管平滑肌痉挛、粘膜肿挚、分泌物增加，从而导致气管腔狭窄而发病。近年认为支气管哮喘是以嗜酸粒细胞、肥大细胞反应为主的气道慢性炎病。支气管哮喘简称“ 哮喘 ”。

支气管哮喘在中医临床中属哮证范畴。

支气管哮喘临床表现；发作前有先兆，如打喷嚏、流涕、咳嗽或胸闷等，亦有毫无症状而发作。部分患者咯痰，多于发作趋于缓解时痰多，如无合并感染，常为白粘痰，质韧，有时呈米粒状或粘液栓。发作的严重程度和持续时间个体差异很大，轻者仅有胸部紧迫感，持续数分钟，重者极度呼吸困难，持续数周或更长时间。大多数呈典型的呼气性呼吸困难，伴有哮鸣音，其症状可自行缓解或经平喘药控制。不少患者发作有明显的生物规律，每天夜间 1～5 时发作或症状加重。

体征：哮喘在缓解期或非典型的哮喘可无明显体征。发作期可有肺过度充气的体征如桶状胸，叩诊过清音，听诊两肺满布呼气性喘鸣音，与呼吸困难同时出现和消失。重症哮喘发作持续 24 小时以上，一般治疗不能缓解，称为哮喘持续状态，患者出现颈静脉怒张，呼吸辅助肌明显突出，唇指（趾）青紫、汗出、四肢冷、脉细数。叩诊呈过清音，心浊音界缩小。膈活动受限，哮鸣音有时不用听诊器可闻及。有时可因支气管高度狭窄或被大量痰栓堵塞，肺部哮鸣音反可减弱或消失，此为病情危急之兆，不可误为病情缓解，当发生严重缺氧时，可出现意识障碍，呼吸衰竭。患者病死亡率高，应及时抢救。

临床诊断依据是以有哮喘发作史。典型症状和体证，支气管解痉剂有效即可明确诊断，对症状不典型病例应作支气管激发试验或支气管扩张试验，结合治疗后的反应可以确诊。

中医学认为哮喘乃宿痰内伏于肺，与遗传、体质、环境、外感、饮食、劳倦等因素有关，哮喘的病因以肺虚。脾虚。肾虚为本；以风、寒、热、湿、痰、瘀为标；发作期以实证表现为主，缓解期以虚证表现居多。

哮喘患者平素多有肺、脾、肾三脏阳气虚损。脾主运比，脾虚不运，水温内停，质浊内生而上贮于肺；肾主纳气，为气之根，肾精亏损，摄纳无数，动则气促，呼吸困难；肺主气为人体之藩篱，若肺气虚，卫气不固，易因外邪由口鼻吸入或六淫客于肌表面诱发肺气上逆，痰随气升，气因痰阻，相互搏击，壅塞气道。肺气宣降失常以致痰鸣气促；若素体阳虚更受风寒外来，则发为冷哮；若外邪袭表，痰从热化，则发为热哮。

西医认为本病的发病主要原因是支气管高反应状态下由于变应原或其他因素引起的广泛气道狭窄的疾病。临床上常把哮喘发作的诱因，起病的特点和临床的表现分为过敏性哮喘、感染性哮喘和混合性哮喘三大类。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.冷哮。

主证：初起可有发热恶寒、头痛、喉痒、咳嗽，继而呼吸困难，气促、喉中痰鸣如水鸡声，胸隔满闷，不得平卧，面色苍白，口不渴，喜热饮，舌质淡红，苔白滑，脉浮紧。

治法：温肺散寒，豁痰平喘。

方药：温肺定喘汤。

炙麻黄 12 克，白芥子 9 克，干姜 9 克，苏子 12 克，法半夏 12 克。杏仁 12 克，陈皮 6 克，补骨脂 15 克，菜菔子 12 克，甘草 9 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以炙麻黄、补骨脂、干姜温肺散寒、降气平喘为主药；白芥子、菜菔子、苏子降气除痰；陈皮、法半夏、杏仁宣肺涤痰为佐使。共奏温肺散寒，豁痰平喘之效。

加减法：风寒重者可加紫苏 6 克（后下）、细辛 6 克。痰多气逆加射干 12 克、胆南星 12 克、桔梗 15 克。

典型病例：

李×，女性，21 岁，工人。素有哮喘病史，感受风寒，初起伤风打喷嚏，继而喉痒、呼吸困难气促，喉中哮鸣，难以平卧，时值寒冬腊月，似满头大汗。舌红苔白滑，脉浮滑。本证属风寒束表，哮喘发作，拟温肺定喘汤加紫苏、五味子，一方面疏解风邪，又能敛肺气。处方：炙麻黄 12 克、紫苏 6 克（后下）、苏子 12 克。菜菔子 12 克、白芥子 9 克，干姜 9 克、杏仁 12 克、五味子 9 克、陈皮 9 克、补骨脂 12 克。连服 3 剂，气促、呼吸困难消失，伤风鼻塞亦除。

2.热哮。

主证：头痛、发热、汗出、胸闷气促、喉中痰鸣、咳嗽、痰色黄稠难咯出，面赤口渴，喜冷饮，小便黄，大使干或秘结，舌质红、苔黄或腻、脉浮数。

治法：清热宣肺，涤痰平喘。

方药：清肺定喘汤。

鱼腥草 30 克，蒲公英 15 克，苇茎 20 克，桑白皮 15 克，炙麻黄 12 克，杏仁 12 克，黄芩 12 克，冬瓜仁 12 克，瓜蒌仁 12 克，地龙 12 克。每日 1 剂。水煎服。

方解：本方以鱼腥草、苇茎、炙麻黄清热宣肺平喘为主药；桑白皮、瓜蒌皮、杏仁、地龙宣肺涤痰；黄芩、蒲公英为佐使。共奏清热宣肺，涤痰平喘之功。

加减法：高热烦渴，痰多色黄者加生石膏 30 克（先煎）、青天葵 15 克、薄荷 6 克（后下）；大便不通，苔黄厚，腹胀加枳壳 12 克、大黄 9 克。

典型病例：

陈××，男性，干部。患哮喘 20 多年，反复出现哮喘，证见发热，咯黄痰，口干引饮气促，呼吸困难，舌红苔黄干，脉浮数。胸透阴性。血常规：白细胞 12.4×10^{9}/L，中性球 0.79，淋巴球 0.21，血色素 145g/L 红血球 5.0×10^{12}/L。听诊两肺满布哮喘音。本证属热哮，拟清热定喘汤加青天葵、薄荷以加强清解热邪之效。处方：鱼腥草 30 克、天青葵 12 克、桑白皮 15 克。苇茎 15 克、炙麻黄 12 克。地龙 12 克、杏仁 12 克、瓜蒌皮 12 克。黄芩 15 克、蒲公英 15 克、薄荷 6 克（后下）。连服 3 剂，哮喘消失，但仍有咳嗽，咯痰，口干等证，再予清热定喘汤两剂以清余而愈。3.阳气暴脱。

主证：在哮喘的发病过程中，突然出现神疲气短，张口抬肩，呼吸困难，四肢厥冷，汗出如油，面色青灰，舌色暗紫、舌苔白腻或白滑，脉微欲绝。

治法：回阳救脱定喘。

方药：回阳定喘汤。

熟附子 15 克，炙麻黄 12 克，干姜 9 克，杏仁 12 克，党参 30 克，肉桂 1.5 克（焗服），炙甘草 10 克。水煎服，每日 1～2 剂。

方解：方中熟附子、肉佳、党参、干姜温补肺脾肾，以救欲脱之元阳；再佐以炙麻黄、杏仁，降气、祛痰、定喘。

加减法：重证者以高丽参 12 克（另炖〕代党参益气固脱；若汗多气逆加五味子 12 克，生牡蛎 30 克（先煎）以加强敛汗固脱之效。

典型病例：

潘××，女性，54 岁，工人。有哮喘病史 30 多年，本次三天前发病，初起伤风、喷嚏，喉痒气促，痰鸣，呼吸困难，咯青白色泡沫状痰，自服先锋Ⅳ。氨茶碱、息喘灵等治疗，下午突然发现患者呼吸困难加重，神疲乏力，张口抬肩，四肢厥冷，汗出湿衣，舌边暗瘀，苔白、脉细数。

本证属阳气暴脱，急则治其标，拟回阳定喘汤加五味子，白芍、牡蛎、另炖高丽参以回元气于无何有之乡。处方：熟附子 15 克、干姜 12 克、党参 30 克、炙麻黄 12 克、肉桂 3 克（焗服）、杏仁 15 克、炙甘草 10 克、五味子 12 克、白芍 15 克。生牡蛎 30 克（先煎），高丽参 12 克（另炖）先服。药后四肢转温、汗出停止，精神好转，但仍有气促哮鸣、咳嗽、咯痰，再用党参 30 克、茯苓 12 克，白术 12 克、炙麻黄 12 克、杏仁 15 克、陈皮 9 克、法半夏 12 克、五味子 12 克、白芥子 12 克，苏子 12 克以善其后。

4.肺脾肾虚型。

主证：哮喘缓解期、咳嗽气短、动则气促、痰色稀白，自汗乏力，食少纳呆，形寒肢冷，大便溏薄，舌淡红、苔白滑，脉细缓。

治法：益气、健脾、补肾。

方药：补芪六君汤。

补骨脂 15 克，黄芪 30 克，党参 30 克，茯苓 12 克，白术 12 克，陈皮 6 克，法半夏 12 克，炙甘草 6 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以黄芪、党参、补骨脂补肺、脾、肾三脏之虚损为主药。茯苓、白术益气健脾；陈皮、法半夏燥湿化痰。

加减法：本方可供哮喘缓解期病人长期服用。自汗加五味子 9 克、防风 9 克；气虚细少加炒麦芽 15 克、鸡内金 12 克；痰湿素盛加葶苈子 12 克、莱菔子 12 克、苏子 12 克；肾阳不足者加熟附子 12 克、巴戟天 12 克、紫河车 6 克研末冲服。

（二）补骨脂穴位注射疗法。

主证：哮喘、呼吸困难，不能平卧，咯痰不畅。

治疗方法：在每侧定喘穴注入补骨脂注射液 2 毫升，每天 1～2 次，14 天为一疗程。

（三）三伏天天灸敷贴疗法。

主证：支气管哮喘发作期和缓解期，或表现有反复伤风感冒证状。

治疗方法：用白芥子 50%、细辛 30%。甘遂 20%共为细末，再加射香少许，生姜汁适量拌调后制成花生米大小，在每年三伏天把上述药物用胶布敷贴在肺俞、风门、大杼、膏肓俞、心俞、脾俞、肾俞，每伏敷贴三穴，敷贴 2～4 小时后局部皮肤温热刺难忍时即可除去。

二、西医治疗

（一）哮喘先兆症状和轻度发作时的处理。

当病人出现有胸闷、打喷嚏、鼻孔痒、咳嗽或稍有哮鸣时可使用一般平喘药物控制，氨茶碱 0.1 克，每日 3 次口服，舒喘灵 2.4mg，每日 3 次口服。

（二）中度发作。

发作时不能平卧，一般平喘药仅能取及部分缓解，可分别选用下到药物。

氨茶碱，0.1 克，每日 3～4 次，口服。

舒喘灵，2.4mg，每日 3 次，口服。

博利康尼，2.5mg，每日 3 次，口服。

酮替芬，每次 1mg，每日 2 次。

色甘酸钠，每次 20mg，每日 3～4 次。

强的松，10mg，每日 3 次，口服。

气雾剂的使用，作用较快，使用、携带方便，常用的气雾剂有舒喘灵气雾剂、二丙酸氯地塞米松气雾剂、喘乐灵气雾坚等可供选用，亦可用氨茶碱 0.25 克加入 50%葡萄糖 40 毫升缓慢静脉注射，可收较好的效果。

（三）哮喘持续状态。

哮喘持续状态是指哮喘严重发作，经常规治疗未缓解，持续 24 小时以上可出现极度呼吸困难，发绀、甚至神志不清，呼吸减慢或停止容易猝死，应积极进行抢救。

1.纠正缺氧，应予持续低流量吸氧。

2.迅速解痉。

（1）1%肾上腺素 0.3 毫升皮下注射，15 分钟后可重复一次。

（2）氨茶碱 250 毫克加入 50%葡萄糖 40ml 缓慢静脉注射，然后静脉滴注维持，按每小时，每公斤体重 1 毫克氨茶碱加入 5%葡萄糖溶液 500ml 静

滴，每日总量不超过 1～1.5 克。

3.激素的使用：要足量、及时，常用地塞米松 10～15 毫克静脉推注，激素使用后 5～6 小时才有明显效果。

4.合并症的处理和辅助治疗。

（1）补液祛痰。根据心脏情况每日可补液 2000～3000 毫升，祛痰可用氯化铵 0.3 克，每日 3 次口服。

（2）控制严重的酸中毒，当 PH＜7.2 时，尤其合并代酸时补碱。并要注意电解质平衡。

（3）控制感染，应及时采用高效的广谱抗菌素，静脉给药以达到迅速控制感染的目的。可选用氨苄青霉素，先锋VI，先锋铋，菌必治，环丙氟哌酸等药物进行治疗。

（四）缓解期的治疗。

1.脱敏疗法。

2.免疫增强疗法。

（1）核酪，每次 2～4 毫升，每周肌注两次。

（2）色甘酸钠每次 20 毫克，每日 3～4 次，在发作间歇期或发作季节前两周应用。

（3）酮替芬，每次 1 毫克，每日 2 次，连服 2～6 周

（冯维斌）

第九节肺结核

肺结核是一种由结核杆菌引起的常见的慢性法定的传染病。

肺结核在中医临床中的称谓随着历史的不同而不同：宋代以前称为尸疰、劳疰、虫疰、鬼疰、传尸、肺瘘疾、骨蒸、伏连、劳嗽、急痨。宋代以后以“劳瘵”以统称，并沿用至晚清，近世纪以来则称“肺痨”并沿用至今。

肺结核是严重影响人类健康的疾病，而且还有环境及贫困的因素，该病在全球有抬头的迹象。世界卫生组织公告：全球约 17.5 亿人感染结核菌。现有病人 2000 万。每年新发现病例 800 万，290 万人死于结核病，我国于 1990 年第三次调查：现约有活动性结核病病人 590 万，其中 150 万为排菌者。

结核病最常见的首次感染是由于带活菌的飞沫吸进并附着于肺泡上皮后引起。结核菌的至病性与个体的免疫及过敏性最相关，也与感染细菌的数量及其感染途径、患者年龄，健康水平及营养状态有关。

临床上肺结核可分为五型：原发综合征，血行播散型，渗出型，慢性纤维空洞性肺结核及结核性胸膜炎（即Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ型）

肺结核常见症状及体征：

1.由于病灶部分肺的损伤引起咳嗽，咳痰，咯血，血痰为主要症状。

2.由于细菌毒索引起全身症状有发热，盗汗及明显消瘦为主；兼有倦怠乏力、纳差、烦躁、口干等，发热可有高热或稽留热而不一定是低热。

3.重症肺结核由于肺功能受损伤而引起呼吸困难、不能平卧。

4.病灶轻微者可以无症状或仅有倦怠乏力纳差，体重减轻或反复出现外感症状如流涕、头痛、鼻塞，咽痛等。5.轻度或早期体征上可无肺部阳性体征，而中度肺结核可有患侧呼吸音减弱，触诊震颤增强，叩诊呈浊音或高清音，听诊呈支气管肺泡呼吸音及湿性音。

6.有些肺结核可有肺外体征：四肢、皮肤、胸背有寒性脓疡、瘆管；及颈、腋下淋巴结肿大等。

综上肺结核以慢性消耗性疾病，咳嗽、盗汗、潮热、咯血、胸痛为特征。

肺结核的诊断：临床上主要靠细菌学检查结合临床症状及全胸片改变以及 TB—PCR 检查，结核菌素皮肤试验；纤支镜、经皮活检或淋巴活检以确诊。

细菌学检查具有确诊意义，但活动性肺结核痰菌阳性率均低于 30%。而胸部 X 线表现又复杂多样。

Ⅰ型：以肺内渗出为主的原发灶及部位的淋巴管炎，肺门、纵隔淋巴结炎。

Ⅱ型：急性者：大小一致，密度相同，分布均匀的 1～3 毫米的粟粒样阴影；亚急性或慢性者病变以中上肺为主，病灶可融合。

Ⅲ型：轻者可仅在肺尖部斑点状，索条状阴影或锁骨上浸润或边缘清晰的结核瘤。重者可大叶性浸润、空洞形成，支气管播散，大叶或小叶性干酪样浸润。

Ⅳ型：单发或多发纤维厚壁空洞及病龄不同的新旧支气管播散灶。

Ⅴ型：因积液部位不同：肋胸膜积液，肺底积液，叶间积液，纵隔胸膜炎及包裹性胸膜炎在该部位出现致密阴影。

中医认为肺结核（即为肺痨），主要是由于人体气血亏虚，而又感染痨虫引起，其病变部位在肺，病因为痨虫。始以肺阴虚而渐至五脏亏损。重点以在肺、脾、肾三脏受损。

痨虫为病先侵于肺脏，蛰伏而不发；如遇优思劳倦，大病久病或嗜欲无度或饮食所伤致体内正气亏虚，气血津亏，抗病乏力而虫乘虚伤入。肺喜润而恶燥，肺体受损阴分先伤，肺阴亏损，肺失滋润，肺气上逆而有咳嗽，肺阴久虚，化液不足，不能下降于肾，母病及子致肾阴亏虚。水亏火旺，津液外泄则午后潮热，盗汗出，五心烦热等。肺虚耗夺脾气以自养“子夺母气”，以致肺脾同病，气阴两伤食少便溏倦怠乏力。病重者或初起而失治延治致肺、脾、肾三脏共虚，则肺失宣，肾不纳，脾难化则喘息、浮肿、气短心慌等症。

综上肺痨为病始为痨虫损及肺阴演为火旺，发致气阴两伤，阴阳俱败。主要累及肺、脾、肾三脏。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.阴虚肺热型。

主证：肺痨初起，症见干咳痰少或粘，咳血中痰中带血，伴潮热，无力，舌尖红，少苔或无苔，脉细数。

治法：滋阴润肺。

方药：月华丸加减。

沙参 15 克，天门冬 12 克，麦门冬 12 克，生地黄 12 克，百合 10 克，山药 15 克，川贝母 12 克，土茯苓 15 克，熟地黄 12 克，阿胶 10 克（烊化），三七末 1.5 克（冲服）

方解：方中沙参，天门冬、麦门冬滋阴兼清热；生地黄、熟地黄、阿胶补养肺、肾之亏损；川贝、百合润肺化痰止咳杀虫。

加减法：痰中带血丝者加仙鹤草 30 克、白茅根 20 克，凉血止血；咳甚者加杏仁 12 克、瓜蒌 15 克，宣肺止咳；骨蒸者加银柴胡 15 克、地骨皮 15

克、白薇 12 克，清退虚热。

典型病例：

黄××，女 14 岁，深圳宝安人。干咳无痰一月，曾咯鲜血 3 次，量不多，倦怠消瘦，五心微热，午后颧红，低热，舌红少苔（痰 TB—PCR++，全胸片左上肺结核，人型 PPD1：10000++）。本证属肺痨肺阴虚肺热型，拟滋阴润肺方用月华丸加减。处方：沙参 15 克，麦门冬 12 克、天门冬 12 克、生地黄 15 克、熟地黄 10 克、川贝母 10 克、百合 10 克、阿胶 10 克（烊化）、仙鹤草 20 克、白薇 12 克，地骨皮 12 克、甘草 6 克，每日 1 剂再煎服，服 7 天后热退咳少，无咳血。

2.肺肾两虚，虚火旺盛型。

主证：骨蒸潮热更甚，盗汗，耳鸣头晕，心烦失眠、五心烦热、颧红、消瘦、咳嗽、痰稠黄、或有咳吐鲜血，胸痛，男子梦遗，女子闭经，口干舌质红，少苔或薄黄或光剥无津，脉细数无力。

治法：滋阴降火，补益肺肾。

方药：百合固金汤加减。

生地黄 15 克、熟地黄 10 克、麦门冬 15 克、百合 10 克、玄参 15 克，白芍 15 克、龟板 30 克（先煎）、阿胶 10 克（烊化）、川贝母 10 克、桔梗 10 克，白薇 10 克、银柴胡 15 克。

方解：方中百合、麦门冬、生地黄滋养肺阴；熟地黄、龟板、阿胶、玄参滋补肾阴；川贝母、桔梗化痰止咳；白芍滋阴敛肺；白薇、银柴胡清热降火。

加减法：痰稠黄量多者加杏仁 10 克、黄芩 15 克、知母 10 克、鱼腥草 20 克、夏枯草 12 克；咳血者加仙鹤草 30 克、牡丹皮 10 克、紫珠草 20 克、白芨 15 克；胸痛加郁金 12 克；盗汗加乌梅 15 克、浮小麦 30 克、牡蛎 30 克（先煎）。

典型病例：

李××，男，32 岁，阳江人。因反复咳嗽，发热（38.2℃—38.5℃）以下午为主，咳痰量少而稠，间中有黄痰 2 月余，伴消瘦，腰痠、耳鸣、左胸痛、盗汗，口干心烦，且咳血一次量约 50 毫升鲜红色有痰涎，舌红无苔，脉细数无力。15 岁时曾患肺结核病，服抗痨药物 5 个月后停药，未复查。近期全胸片示：双上肺纤维空洞性结核，右下肺有支气管播散灶，未作其他检查。中医辨证为肺肾两虚，虚火旺盛。治以滋阴降火，肺肾同益。处方：熟地黄 15 克、龟板 30 克（先煎）、鳖甲 20 克（先煎）、玄参 15 克、天门冬 15 克、麦门冬 15 克、百合 12 克、阿胶 10 克（烊化）、银柴胡 15 克、浮小麦 20 克、胡黄连 10 克、黄柏 15 克、生地黄 15 克，服药 7 天，每天 1 坚，热减至 37.4℃，盗汗减少，五心烦热症亦退，无咯血。继续服 20 剂后复查右下肺播散灶明显减少。

3.气阴两虚型。

主症：午后潮热，热势不高，咳嗽，咳痰，白粘清稀，自汗与盗汗并见，咳痰带血丝，恶风、畏冷、食少便溏，神疲短气，舌质淡，舌边齿印，苔薄白，脉沉细而数。

治法：益气养阴，润肺止咳。

方药：保真汤加减。

人参 10 克（另炖），白术 10 克，茯苓 12 克，黄芪 20 克，生地黄 10 克，熟地黄 15 克，天门冬 15 克，五味子 9 克，陈皮 6 克，地骨皮 15 克，当归 10 克，百部 15 克，莲子心 10 克，甘草 6 克。

方解：方中人参、白术、茯苓、黄芪、五味子，益气健脾以固本；生地黄、熟地黄、天门冬养阴润肺；当归滋阴养血；莲子心除烦清心；地骨皮清虚热；百部杀虫润肺化痰。

典型病例：

方××，女，46 岁，花都人。因咳嗽，发热，咯血丝痰 10 个月，在当地诊断为肺结核，服抗痨药 8 个月现仍有咳嗽，咯痰多而稀，低热（37.3℃—37.6℃）盗汗，活动时汗出多，倦怠乏力，大便烂，胃纳差。上腹胀闷，怕冷，舌淡，舌边齿印明显，脉沉数。近一个月来曾有 3 次血丝痰。本病属气阴两伤，肺脾同病。乃由肺伤日久累及脾所致。治以益气养阴，润肺止咳。处方：太子参 30 克，炙白术 15 克、黄芪 15 克、茯苓 15 克、甘草 5 克、熟地黄 15 克、天门冬 12 克、炙白部 15 克，川贝母 15 克、陈皮 6 克、地骨皮 12 克、白薇 10 克、玉竹 15 克，服药 5 天，每天 1 剂后大便成形，无发热，痰少，胃纳明显好转，无上腹胞胀感。

4.阴阳两虚型。

主证：潮热不休，自汗盗汗，形寒肢冷，咳嗽少气，动则气短，形寒肢冷，痰多而白有泡沫，下肢浮肿，五更泄，极度消瘦，男子阳萎滑精，女子经少经闭，舌质淡或紫暗，苔黄而少津或花剥，脉微细数或虚大。

治法：滋阴补阳，培元固本。

方药：人参养荣汤加减。

人参 10 克（另炖），炙白术 10 在，茯苓 15 克、炙黄芪 20 克，炙甘草 10 克，当归 10 克，白芍 15 克，紫河车 10 克，鹿角胶 15 克（烊化），生地黄 15 克，熟地黄 15 克，天门冬 12 克，玉竹 15 克。

方解：方中人参、白术、炙黄芪、炙甘草健脾益气；当归、地黄养血补阴；紫河车、鹿角胶补阳填精；天门冬、玉竹滋阴润肺。

加减法：浮肿者加茯苓皮 20 克、泽泻 15 克、猪苓 12 克以利水消肿；喘息者加冬虫夏草 10 克、胡桃肉 15 克、蛤蚧 5 克以补肾纳气止喘；心悸心慌者加熟枣仁 12 克、丹参 30 克、远志 8 克以宁心。

典型病例：

黄某，男，43 岁。因咳嗽，咯痰间中带血丝 7 年，时有盗汗、自汗，长期低热（37.4℃～37.6℃）。7 年前曾诊断为双上肺结核（痰菌阳性），服抗痨药物一个月后未作系统治疗，咯痰多稀白，气促气喘，活动后更加重，极度消瘦，双眼内陷，近半年双下肢时有浮肿，大便烂，面色㿠白，舌淡苔黄厚，脉虚大。本病为肺痨日久延治阴阳俱损。治以滋阴补阳，培元固本。处方人参 15 克、白术 15 克、茯苓皮 20 克、炙黄芪 20 克、鹿角胶 10 克、桂枝 9 克、当归 10 克、生地黄 15 克、胡桃肉 15 克、山药 15 克、甘草 6 克、白芍 15 克。每天 1 剂，连服 10 天病人咳喘明显减轻，痰量亦减少，胃纳好转，下肢无浮肿。

二、西医治疗

（一）痰涂片阳性的肺结核治疗方案：

化疗方案	疗程（月）	推荐单位（年份）
2HRZ/4HR	6	WHO （1991） IUATLD （1996）
2HRZ/4H3R3	6	WHO （1991） IUATLD （1986）
2S(OR E)HRZ/4H3R3	6	中国(1982,1991)WHO(1991)
2S(OR E)3H3R3Z3/4H3R3	6	IUHTLD(1986)中国(1991,全程隔日)
2SHRZ/6S2H2Z2	8	IUATLD(1986)
2S(OR E)HRZ/6HT	8	WHO(1991),IUATSD(1986)
2S(OR E)HRZ/6HE	8	WHO(1991)
2SHR/7HR	9	IRATLD(1986)中国(1982)
9HR	9	IUATLD(1986)中国(1982)
2SHP/10HP	12	IUATLD(1986)中国(1982)
2SHT/10HT	12	IUATLD(1986)中国(1982)

S：链霉素 Z：吡嗪酰胺 R：利福平

E：乙胺丁醇 H：异烟井 T：氨硫脲

P：对氨水杨酸

药物前的数字表示每天用药治疗的月数。

药物后的数字表示用药间隔天数。

可选用任何一种治疗方案。其中短程疗法（指 6 个月）。标准方案为：2HRZ/4HR 方案。（二）痰菌阴性治疗方案：

1：2SHRZ/2HR

2：2SHRZ/3HR

3：2SHRZ/3HR 全程隔日用药。

4：4SHRZ3

5：无利福平长程化疗方案：1SH/11HP（E）

（三）主要抗结核药物的剂量：

药名	每日		每周 2 ～ 3 次	
	毫克/公斤，体重	最大剂量（毫克）	毫克/公斤，体重	最大剂量（毫克）
异因肼	8	300	15	750
利福平	10	600	10	600
链霉素	15	1000	15	1000
吡嗪酰胺	30	2000	50	3500
乙胺丁醇	25*	1200	40	2000
对氨水杨酸	16	1200	20	12000
氨硫脲	2	100	/	/

（四）临床上抗结核的新药：

报道较多次是氟嗪酸，用于耐多种药物的结核病例。0.3/日顿服，毒副反应小。

（五）化疗管理：

1.全程督导化疗：病人每次用药均由卫生人员督导执行。

2.半督导化疗：强化期由卫生人员每次给药；巩固期后则病人自服药，定期门诊。

3.全程管理化疗：在强化管理下病人自服药或由经过培训的家属督导用药。

（张忠德罗细贞）

第十节肺不张

任何原因引起的肺无气或肺内气量减少，伴有肺组织萎缩、肺体积缩小，称为肺不张。肺不张不是一种疾病名称而是由多种原因引起的病理形态学改变，肺科临床较常见。

肺不张在中医临床中属肺萎范畴。

肺不张的临床表现视肺不张的范围、程度、起病缓急及有无继发感染等并发症而轻重不一。一般，单个小块肺不张或病情进展缓慢者很少或无症状。数肺叶或一侧全肺不张，尤其是突发病者，有显著胸痛、胸闷、气促、咳嗽、紫绀、心动过速甚至窒息感。

体征：小块肺不张无异常体征；整叶或一侧全肺不张则可有病侧肋间隙变窄，呼吸运动减弱或消失，气管及心脏向病侧移位，叩诊呈浊音或实音，听诊呼吸音减弱或消失。

临床诊断依据是慢性咳嗽史、或曾有肺脏病史，突发显著胸痛、胸闷、气促、紫绀、心动过速甚至窒息感。X 线检查确诊是重要的依据。肺不张一般 X 线征象有：

（1）不张肺叶容积缩小，密度增高。

（2）邻近叶向胸膜移位。

（3）肺纹理和支气管影像聚拢。

（4）纵隔向患侧移位。

（5）同侧横隔升高。

（6）肺门移位：上叶不张时，同侧肺门向上移位；下叶肺不张时，可有同侧肺门下移。

（7）其他肺叶代偿性过度膨胀。

中医学认为肺不张属中医肺萎范畴，其病位在肺，与脾肝有关。肺主气司呼吸，开窍于鼻而外合皮毛，为五脏六腑之华盖。本病形成的主要原因是肺有燥热，灼伤津液；或肺气虚冷，气不化津、津液不布，肺失濡养，日渐肺叶枯萎、肺痈、肺痨、哮喘、久嗽等日久伤肺而成。肺痈日久，余邪不清，正气渐虚，热的肺阴，或肺痨久嗽，痨热熏肺，肺阴大伤，其阴难复，肺失清肃，宣降失司，津液不布则咳而吐痰沫，虚热肺痿乃成。若内伤久咳或冷哮不解，肺气耗伤，肺中虚冷，气不化津，津液不行，反成涎沫，虚寒肺痿乃成。《金匮要略》中有：“肺为娇脏，热则气烁，故不用而痿，冷则气阻，故亦不用而痿。”

西医认为本病的发病原因有多种，包括癌肿、良性肿瘤、肺部炎症、结核、大量胸腔积液、自发性气胸，异物吸入、粘痰、血块阻塞支气管等，其机理包括有支气管阻塞，肺组织压缩、纤维收缩和肺泡表面活性物质缺损四类：

（1）阻塞性肺不张：支气管阻塞，包括管内阻塞如：支气管内肿瘤，支

气管内膜结核，异物、粘痰、血块、白喉假膜等；或管外压迫如：肿瘤、肿大淋巴结等。尤其多见于麻醉、手术后全身衰竭、咳嗽反射受抑制等因素。

（2）压缩性肺不张：见于大量胸水、气胸的压迫等。

（3）瘢痕性肺不张：由于肺局部或弥漫性纤维化所致。

（4）肺表面活性物质异常所引起的肺不张，这种肺不张产生的主要原因是肺表面活性物质减少，肺泡与细支气管内表面张力增高，大量肺泡陷闭而形成肺不张。

肺不张由肿瘤引起者占 54.4%，炎症占 30.2%，结核占 5.5%。由于右肺中叶支气管管道狭长，管径较小，其近端淋巴结接受中、下叶的淋巴引流，在中下叶炎症淋巴结肿大压迫中叶支气管时可导致肺不张，故认为右肺中叶的肺不张由炎症引起者为多数，但不应轻易排除肿瘤引起。

［治疗］

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.痰热蕴肺型。

主证：反复咳嗽，咯大量脓样黄白色稠痰，其气味腥臭，口干、口渴、可伴有发热、恶寒、胸闷、胸痛、大便干结，尿黄。舌质红，苔黄腻，脉滑数或浮数。

治法：清热泻肺，化痰止咳。

方药：千金苇茎汤加减。

苇茎 30 克，桃仁 15 克，薏苡仁 20 克，冬瓜仁 30 克，桔梗 10 克，鱼腥草 30 克，桑白皮 15 克，杏仁 10 克，黄芩 15 克，爪蒌皮 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以苇茎、黄芩、鱼腥草清热泻肺；桑白皮、杏仁、桔梗宣肺化痰；冬瓜仁、薏苡仁、瓜蒌皮以化痰；桃仁以行气活血。诸药合用，共奏清热泻肺，宣肺化痰止咳之功。

典型病例：

李××，男性，28 岁，工人。5 天前因淋雨后出现周身不适，头痛、鼻烧、咽痛、轻咳，自服感冒冲剂、头痛、鼻塞减轻，但发热，体温 38.9℃，咳嗽重，咯黄白脓稠痰，量中等，胸痛，右侧明显，口干口苦，大便三日未解，小便黄，舌红，苔黄腻，脉滑数。查体：热性病容，右肺呼吸音弱，可闻及湿性罗音。胸片报告：右肺中叶炎症阻塞性不张。实验室检查：白细胞总数 12.3×109/L，中性球 0.80，淋巴球 0.20。本病属痰热蕴肺，拟千金苇茎汤加减为治。处方：苇茎 30 克、桔梗 10 克、薏苡仁 20 克、桃仁 15 克、冬瓜仁 20 克、黄芩 15 克，鱼腥草 30 克、杏仁 10 克、桑白皮 15 克，瓜蒌皮 15 克，三七末 1.5 克（冲服），连服 1 周，咳嗽、咯痰、胸痛明显减轻，再以六君子汤善后。

2.阴虚肺热型。

主证：咳嗽咯痰或干咳无痰，痰中带血丝，口干咽燥，潮热，夜间或午后为甚，盗汗，舌尖红少苔，脉细数。

治法：滋阴清热。

方药：沙参麦门冬汤加减。

沙参 30 克，麦门冬 20 克，天花粉 15 克，玄参 15 克，白茅根 20 克，黄芩 15 克，仙鹤草 30 克，炙百部 20 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：沙参、麦门冬、天花粉养阴清热；黄芩化痰清热；玄参、白茅根、仙鹤草以凉血止血；炙百部以杀虫除瘵。

典型病例：

俞××，女，31 岁，教师。患肺结核 3 年，伴右上肺不张，长期用抗痨药物治疗，未见明显效果而来院就诊。患者近年来间中有痰血，干咳、潮热、消瘦、低热，午后为主，口干燥，右胸隐痛，面浮神倦，舌尖红，苔少，脉细数。本证属阴虚肺热型，久病伤气，兼有气虚。拟沙参麦门冬汤加减为治。处方：沙参 20 克、麦门冬 20 克、天花粉 20 克、玄参 15 克，白茅根 20 克、仙鹤草 15 克、地骨皮 15 克、黄芩 15 克、炙百部 20 克、知母 12 克，每日 1 剂，连服 50 余剂，症状逐步改善。

3.饮停胸胁（请参阅胸膜炎一节有关治疗）。

4.肺脾两虚型。

主证：咳嗽，吐涎沫，清稀量多，头眩短气，畏寒，神倦乏力，食少、尿频，舌暗淡，苔白，脉虚弱。

治法：健脾补肺。

方药：紫苑汤加减。

紫菀 15 克，阿胶 10 克（烊化），太子参 30 克，茯苓 20 克，五味子 10 克，黄芪 20 克，山药 20 克，莲子 15 克，白术 10 克，干姜 10 克，炙甘草 5 克。

方解：紫菀、阿胶润肺补虚消痰止嗽；太子参、茯苓、山药、莲子、白术、黄芪、炙甘草以益气健脾；五味子滋补肾水，收敛肺气；干姜温肺脾，使气能化津，水谷归于正化，则吐沫自止。

典型病例：

谢××，男，68 岁，工人。反复咳嗽 5 个月，伴左胸痛 1 月入院。入院时咳嗽，咯白色稀痰，量中等，形寒肢冷，胸痛，时作闷，口淡，纳差，二便调。舌暗淡，苔白、脉细弱。胸部 CT 报告：左肺中央型肺 Ca，伴肺不张。本证中医属肺脾两虚之证，拟紫菀汤加减：紫菀 15 克、阿胶 10 克（烊化），太子参 30 克、茯苓 20 克、五味子 10 克、黄芪 20 克、山药 20 克、莲子 15 克、白术 10 克、干姜 10 克、炙甘草 5 克。每日 1 剂，连服半月，咳嗽、胸痛等症状明显减轻。

（二）穴位注射治疗。

胎盘注射液对于体虚易感冒者可增强病人抵抗力。用法：于双侧肺俞穴分别注入胎盘注射液 2ml，每日 1 次，15 天为一疗程。

二、西医治疗

（一）确定病因（如肿瘤、结核、炎症），进行相应的治疗。

（二）清除支气管腔内粘稠分泌物或血块：咯血；胸腹部手术后，哮喘持续状态；异物致支气管阻塞而引起的肺不张。鼓励病人用力咳嗽，深呼吸或协助病人翻身拍背，补充水分，给予法痰剂。无效时可考虑使用纤维支气管镜抽吸分泌物。解除阻塞。有炎症时，应使用抗生素。

（三）手术治疗。

（1）由于晚期癌肿所致的肺不张，预后极差，故除非手术禁忌症，应及早进行手术切除以达到根治的目的。（2）由肺组织慢性炎症导致机化，纤维收缩，即使支气管阻塞因素得到解除，肺也难复时，要进行外科手术切除。（3）大量积液时应行胸穿以抽出积液，尽快使肺复张；气胸时应尽快抽气或

胸腔闭式引流以减压使肺复张。

（夏海燕）

第十一节胸膜炎

胸膜炎是指胸膜的脏层或壁层的炎症。胸膜炎分干性和渗出性两种，本节仅介绍临床上常见的一种，即渗出性胸膜炎。

渗出性胸膜炎在中医临床中属“悬饮”病的范畴。

渗出性胸膜炎以呼吸短促、胸痛、深呼吸受限、咳嗽等力特征性症状，可伴有发热、咯痰、倦怠乏力、出汗等全身症状，病情严重者可出现呼吸困难、不能平卧、紫绀等严重症状。

渗出性胸膜炎的体征可见：患侧胸廓饱满，呼吸运动减弱，叩诊呈浊音，呼吸音减弱，甚至消失。大部分病人气管向健侧移位。

胸膜炎的诊断依据是具有上述的特征性症状、体征，X 线胸片可见患侧密度均匀的阴影，其上缘呈下凹弧形、患侧肺野透光度减低，纵隔移向健侧，结合胸液常规分析示为渗出液，即可诊断为渗出性胸膜炎。

中医学认为渗出性胸膜炎病位在肺胸，与脾肾二脏有关。其产生的原因主要是肺主宣发布散水谷津液的功能失职，脾主运化水湿功能失职及肾主温化水液功能失常，导致水液代谢障碍，水液停聚胸胁而形成悬饮。饮停胸胁，阻遏少阳，故胸胁疼痛，饮阻于肺，肺失宣发，故咳嗽、咯痰、气促。

西医认为渗出性胸膜炎多数继发于肺部或胸膜的病变，亦可是全身性疾病的一个部分，其发生的主要原因是感染（细菌、病毒及寄生虫的感染）、结缔组织疾病、变态反应性疾病、恶性肿瘤（如淋巴瘤、胸膜间皮瘤）、化学性（血液的血红蛋白刺激、尿毒症等）、物理性（创伤等）。

[治疗]

一、中医治疗

1.邪郁少阳型：

主症：寒热往来，身热弛张起伏，汗少或汗出热不解。干咳少痰，气急，胸胁刺痛，咳嗽或呼吸转侧加重。口苦咽干、舌苔薄白或薄黄，脉弦数。

治法：和解疏利。

方药：柴枳半夏汤加减。

柴胡 10 克，枳壳 12 克，黄芩 10 克，法半夏 12 克、瓜蒌皮 15 克，郁金 15 克、炙百部 20 克，桔梗 12 克，赤芍 12 克，炙甘草 9 克，每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以柴胡、黄芩和解清热为主药，法半夏、瓜蒌皮、炙百部化痰宣肺，桔梗，枳壳、赤芍、郁金理气和络，甘草调和诸药。

加减法：高热者加青蒿 9 克、威灵仙 12 克、青天葵 12 克清热解毒；胸胁疼痛者，加延胡索 15 克、三七末 1.5 克冲服活血通络止痛。

2.饮停胸胁型：

主症：唾咳引痛，胸痛较初期减轻，但呼吸困难加重，咳逆气喘急促，不能平卧，或患侧卧位。胸胁胀满，或可见病侧胸廓饱满，舌苔白腻，脉弦沉。

治法：宣肺蠲饮。

方药：葶苈大枣泻肺汤加减。

葶苈子 20 克，大枣 10 枚。水煎服，日 1 剂。

方解：葶苈子宣肺泻水，大枣调和药性。

加减法：饮多咳嗽，喘促者，加茯苓皮、桑白皮、泽泻、大腹皮、桔梗、杏仁、炙麻黄以宣肺泻水。饮邪化热者，加用黄芩、石膏以清解肺热。

典型病例：

陈某，女，25 岁。因“右胸疼痛，咳嗽、低热 1 天”入院，入院时症状：右胸胁疼痛，低热、盗汗、咳嗽、气促、舌质红，苔黄，脉弦。检查：气管左移，右胸饱满，呼吸运动减弱。右肺呼吸音减弱，未闻及干湿啰音，右胸第 8 后肋以下叩诊浊音，左肺检查未发现异常。X 线片示：右肺积液。本证属饮停胸胁化热，治拟葶苈大枣泻肺汤合柴枳半夏汤加减。处：葶苈子 18 克，大枣 10 枚，柴胡 15 克，法半夏 15 克，黄芩 18 克，郁金 15 克，茯苓皮 30 克，赤芍 15 克，桑白皮 15 克，连服 3 天，热退，胸痛减轻。

3.气滞血瘀型：

本型多见于渗出性胸膜炎后期胸膜粘连者主症：胸胁疼痛或胸部闷痛不舒，胸痛如的或刺痛，呼吸不畅，咳嗽不多，痰少，或见病侧胸骨凹陷，可迁延日久，难愈。舌苔薄白，脉弦。

治法：理气化瘀通络。

方药：香附旋复花汤。

制香附 12 克，旋复花 8 克（包煎），苏子 12 克，枳壳 15 克，柴胡 10 克，川楝子 12 克，郁金 15 克，橘红 6 克，陈皮 9 克，法半夏 12 克，茯苓 30 克，延胡索 12 克，当归 12 克，赤芍 12 克，降香 6 克，薏苡仁 30 克。日 1 剂，水煎服。

方解：以香附、旋复花、赤芍、当归、延胡索、郁金、柴胡理气活血通络；苏子、枳壳、橘红、陈皮、法半夏、茯苓、薏苡仁理气宣肺化饮。

加减法：痛如针刺者加桃仁 10 克、䗪虫 10 克、制乳香 12 克、丝瓜络 15 克以活血化瘀通络止痛；积液较多可加茯苓皮 30 克、桑白皮 15 克以宣肺利水。

典型病例：

尹某，男，45 岁。4 个月前因右胸渗出性结核性胸膜炎在结核病院住院治疗，症状好转后出院，现继续服抗命药治疗。但时感右胸疼痛不适，深呼吸时尤甚，伴倦怠乏力、胸闷、舌质淡暗，苔白，脉弦涩。本证属气滞血瘀型悬饮，治拟理气活血通络治疗，香附旋复花汤加减。处方：制香附 12 克、旋复花 15 克、苏子 12 克、枳壳 12 克、郁金 15 克、橘红 6 克、当归 9 克、赤芍 20 克、陈皮 20 克、法半夏 12 克、桔梗 9 克、黄芩 18 克、白芍 20 克、甘草 9 克。连服 3 天，药后疼痛减轻。去陈皮、法半夏，加丝瓜络 15 克、桃仁 10 克，再服 7 天，症状消失。

4.阴虚邪恋型：

主症：呛咳时作，咳吐少许粘痰，口干，咽燥，五心烦热，颧红，盗汗，伴胸肋胀痛，形体消瘦、舌红少苔、脉细数。

治法：滋阴清热，化痰祛饮。

方药：泻白散合沙参麦冬汤加减。

沙参 30 克，麦门冬 15 克，银柴胡 15 克，青蒿 8 克，白薇 15 克，川贝母 6 克，玉竹 10 克，地骨皮 10 克，牡丹皮 10 克，郁金 10 克，桑白皮 10 克，炙百部 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：以桑白皮、地骨皮、沙参、麦门冬滋阴清热；青蒿、白薇、银柴胡、牡丹皮、郁金清退虚热；玉竹、百部、川贝养肺阴。

加减法：气虚血瘀加太子参 30 克、桃仁 15 克、赤芍 15 克益气活血；自汗者加白术 15 克、浮小麦 30 克；盗汗者加煅牡蛎 30 克、知母 15 克、鳖甲 15 克（先煎）。

典型病例：

江某，女，38 岁。4 个月前因左胸结核性渗出性胸膜炎住院治疗，现已出院门诊抗痨治疗，但感左胸疼痛时作，口干、心烦易怒，时低热，出汗多，消瘦，舌红、苔少脉细。本证为阴虚邪恋型悬饮，治拟泻白散合沙参麦冬汤加减治疗。处方：沙参 15 克、麦门冬 15 克、五味子 10 克、银柴胡 15 克、白薇 15 克、青蒿 15 克、地骨皮 15 克、牡丹皮 15 克、郁金 15 克、枳壳 9 克、白芍 20 克、甘草 9 克，连服 5 剂，症状减轻，胸痛、汗多、心烦、低热消失。

5.脾虚饮停型：

主症：胸闷纳少，咳嗽气短，头晕乏力，腹胀便溏，舌质淡红、苔白，脉细弱。

治法：益气健脾，宣肺利水。

方药：参苓白术散加减。

党参 30 克，茯苓 30 克，白术 15 克，炙甘草 9 克，薏苡仁 30 克，仁 6 克（后下），桔梗 9 克，山药 15 克，扁豆 30 克，陈皮 9 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以党参、白术、茯苓健脾祛湿；砂仁、薏苡仁、扁豆、桔梗宣肺利水，理气醒脾。

加减法：胸痛者加丝爪络 30 克、桃仁 10 克、成灵仙 15 克、郁金 15 克等理气活血通络之品，饮多则加葶苈子 30 克、桂枝 9 克以利水温阳。

（二）验方：

1.葶苈瓜蒌逐饮汤：葶苈子 30 克、瓜蒌皮 15 克、赤小豆 15 克、薤白 10 克、茯苓 10 克、百部 10 克、青皮 9 克、白芥子 9 克。水煎服，日 1 剂，直至胸水完全消失为止。适用于结核性渗出性胸膜炎胸水较多者。

2.葶苈三仁汤：葶苈子 9 克、连翘 9 克、杏仁 9 克、桔梗 9 克、白芥子 9 克、法半夏 9 克、大枣 5 枚、生姜 3 片、生甘草 3 克、芦根 15 克、薏苡米 15 克、冬瓜仁 15 克、瓜蒌仁 15 克。水煎服，日 1 剂。适用于渗出性胸膜炎。

3.苇茎芩草汤：苇茎 15 克、薏苡仁 15 克、鱼腥草 15 克、冬瓜仁 10 克、桃仁 6 克、黄芩 6 克。水煎服，日 1 剂，适用于胸膜炎恢复期。

二、西医治疗

渗出性胸膜炎的治疗包括病因治疗（原发病治疗），及积液清除两个方面。

（一）病因治疗：根据引起胸膜炎不同病因采取相对应化学治疗。如结核性则抗痨治疗，恶性肿瘤所致则进行放疗、化疗等。

（二）积液清除：少量胸腔积液在原发病治疗的基础上以自行吸收。中等量以上的胸积液吸收较慢，须进行胸腔穿刺抽液。首次抽液不超过 600 毫升，以后每次抽液在 1000 毫升以上，每周可抽 2～3 次。一次抽液不宜过多过快，以免产生肺复张后肺水肿。胸穿抽液时偶尔产生”胸膜反应”。恶性胸积液在反复抽液后，胸积液仍大量，胸积液产生的压迫症状严重时，可考

虑胸液导管引流木但引流速度宜慢。

（三）胸腔硬化治疗。

恶性胸积液往往对化疗不敏感。在反复抽液后，积液量仍多，气促等压迫症状严重时，可行胸腔硬化治疗，即采用物理、化学或生物的方法，使胸膜发生无菌性炎症，致脏层胸膜和壁层胸膜粘连闭锁，减少胸腔渗液。方法：在抽液或胸导管引流胸液后，胸内渗液大部分排出，肺已基本复张，于胸腔内注入硬化剂，然后病人在 4 小时内每 15 分钟变动一次体位。如平卧、左右侧卧、头向上或向下变换，硬化剂在胸膜内均匀分布，达到胸脏壁两层发生炎症粘连的作用。常用的硬化剂有四环素、5—FU、短小棒状杆菌、滑石粉等。近年来我院开展中药吗特灵胸腔内注射胸膜硬化术，可以较明显地减少恶性胸水的渗出，且副作用小，临床上不失为一种治疗方法。

（四）激素的运用：糖皮质激素有抗炎、抗过敏，降低机体的敏感性，减少胸液渗出，促进炎症吸收，防止胸膜粘连或减轻中毒症状的作用，在急性渗出期，症状明显，积液量多，而且抽液及化疗仍不能明显地减少渗液的情况下，应在有效的化疗原发病的基础上加用糖皮质激素。一般为地塞米松 5～10 毫克/日，或强的松 20～30 毫克/日，待胸液渐渐吸收后，逐渐减量，直至停药。

（林琳、罗细贞）

第十二节气胸

因胸膜病变或外伤破裂，气体进入胸膜腔，称为气胸。无外伤性或人为引起的气胸称自发性气胸，因胸部外伤或胸膜腔穿刺引起的气胸称损伤性气胸或外伤性气胸。本节只着重介绍自发性气胸。文献报道本病发病率 4～47/10 万；5～47/10 万；74～80/10 万不等，复发率 23%～47%，男女之比 5：1。5%～10%病人可同时机先后双侧气胸，且年轻人有相当高的比例。此病属内科急症，若抢救不及时，可致死亡。

中医文献对自发性气胸的报道甚少，临床上以症定名，多属“胸痛”、“喘证”或“厥证”的范畴。

自发性气胸的临床表现是以突发胸痛，且放射至息侧肩背，继而呼吸困难，咳嗽为特征。严重者可见气促，窒息感，烦躁不安，紫绀，汗出，脉速而弱，甚则昏迷。闭合性气胸症状较轻，约 10%无自觉症状。

体征：因胸腔积气及肺萎缩而见患侧胸廓饱满，胁间隙增宽，呼吸运动减弱或消失，叩诊鼓音，呼吸音减弱或消失；右侧气胸时肝浊音界下降；左侧气胸时心界叩不清，气量少时或可听到与心脏跳动一致的“劈拍”音，气胸严重时气管偏向健侧；少数病人气胸时表现为哮喘发作，气急严重，甚至双肺布满哮鸣者（见于严重肺气肿并气胸者），称谓“哮喘型气胸”。也有气胸表现为血压高。排气后哮鸣音消失，血压正常。

临床诊断依据是以突然胸痛，气促，咳嗽胸廓饱满，叩诊鼓音，呼吸音消失，X 线气胸腔透亮度增高，无肺纹理，受压萎陷肺脏缩向肺门，可见线状脏层胸膜影称“气胸线”。少量气胸时于呼气相作 X 线检查有助于气胸线的发现。站立位发现液平面为液气胸。测量胸片上气胸腔与胸壁夹角＞90°多为气胸，＜90°为肺大泡。

中医认为气胸病位在肺，与脾肾有关。肺主气而司呼吸，开窍于鼻而外

合皮毛，为五脏六腑之华盖。若先天禀赋不足，后天饮食起居失调，嗜食香烟，或辛劳过度等致正气不内存，邪气易干之。因劳伤或外邪所犯致气机逆乱，肺失宣降，肺叶破损，气积胸胁。

西医认为本病的主要病因是：胸膜下微小肺大泡破裂，这些肺大泡往往是支气管或肺部炎症愈合后纤维组织牵拉及通气不畅引起，或因胶质细胞缺乏，弹性纤维，胶原纤维等先天发育异常，或微量元素比例失调等所致；或因慢支肺气肿肺大泡破裂所致；或肺癌，肺脓肿，肺结核空洞，肺部感染，矽肺穿破，食道癌穿破等；或医源性损伤，外伤性损伤等。

自发性气胸按胸膜破裂情况不同分为闭合性、开放性及张力性气胸三种：

闭合性气胸称单纯性、裂口小，随肺脏萎缩而闭合，症状一般不太严重，胸腔测压可为正压或负压，但正压不会太高，通常不大于 5 厘米水柱，排气后压力下降，停针观察 5～10 分钟，压力未见回升，剩余少量气体逐渐吸收。

开放性气胸，因裂口较大，或因胸膜粘连带妨碍肺脏回缩使裂口常开，气体经裂口自由进出，胸膜腔测压为零，或随呼吸上下波动。透视下有时可见纵隔及气管随呼吸左右摆动。

张力性气胸裂口呈单向活瓣，呼吸时呼吸道气体单向进入胸膜腔，剧咳，屏气时进入更多，胸腔压力不断增高，使肺脏受压，纵隔向健侧偏移，甚至影响心脏血液回流。胸腔内压力正压，甚至高达 10 厘米水柱以上，抽气后压力暂时下降，片刻又回升，病者呼吸困难、甚则烦躁不安，出现休克与循环障碍而危及生命。

［治疗］

一、中逸治疗

（一）分型治疗。

1.痰热伤肺膜型。

主证：胸痛，咳嗽气促，口臭口干，或大便不通，舌苔黄厚，脉弦滑数。

治法：清热泻火通便，行气止痛。

方药：葶苈大黄汤。

葶苈子 30 克，大黄 10 克，桑白皮 15 克，枳壳 12 克，郁金 15 克，白芨 30 克，虎杖 15 克，黄芩 15 克，大枣 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以葶苈子、桑白皮、积壳泻肺降气；大黄通大肠腑实，清热解毒助泻肺降气；郁金行气止痛；白芨补损伤；虎杖、黄芩清肺肠之热；大枣和中以防功伐太过。

加减法：咳嗽加杏仁 12 克、桔梗 10 克；痰多加浙贝母 12 克、天竹黄 15 克、瓜蒌皮 15 克。

典型病例：

梁某，男，40 岁，一周前恶寒发热 38℃，咯痰，3 天前骑单车后突然觉左胸部隐痛，伴气促，咳嗽，经胸片检查，左侧肺组织压缩 60%，拟自发性气胸入院治疗，证见左胸痛，咳嗽、咯痰白色，气促，纳可，口干，二便正常，苔薄黄，脉滑数。本证属痰热壅肺，气机郁滞，拟葶苈大黄汤加减，处方：葶苈子 18 克，大黄 10 克，瓜蒌皮 12 克，大枣 15 克，法半夏 15 克，浙贝母 15 克，薏苡仁 30 克，白芨 12 克，杏仁 12 克，黄芩 18 克，虎杖 15 克，甘草 6 克。服上药每日 1 剂，连服 4 天，气胸以 60%改善为 40%，平均每日吸收 5%，较文献报道每日吸收 1.5%明显加快。后按上方加减用药二周，气

胸全部吸收。改用补肺汤加阿胶 15 克（烊化），白芨 30 克善后。

2.肝郁气滞型。

主证：劳伤后突然胸胁痛，胸闷，于咳，气短，苔薄白，舌质红，脉弦。

治法：疏肝理气。

方药：柴胡疏肝饮加减。

柴胡 12 克，白芍 24 克，枳壳 12 克，香附 12 克，佛手 12 克，郁金 24 克，甘草 10 克。

方解：肺叶破损，气停胸胁以柴胡、白芍、枳壳、香附、郁金疏肝理气；佛手行气止痛；甘草和中。

加减法：加桔梗 10 克引药上行，橘络 5 克止痛，白芨 30 克收敛伤口，葶苈子 15 克泻壅盛之气；夹饮停胸胁（液气胸）可重用葶苈子 30 克，泽泻 15 克，车前子 15 克，甘遂末 0.3 克（冲服）。

典型病例：

黄某，男，27 岁。胸痛 10 天，发现气胸压缩 35%，3 天后住院，症见胸痛，气促，无咳痰，二便正常，纳可，舌淡红，苔白，脉弦细。本证属肝郁气滞，拟柴胡疏肝散加减：葶苈子 15 克，茯苓皮 12 克，枳壳 10 克，大枣 15 克，郁金 15 克，甘草 6 克，穿破石 15 克，柴胡 10 克，铁包金 15 克，白芍 15 克，百部 12 克。每日 1 剂，水煎服，住院 10 天，气胸吸收出院。

3.肺肾虚气滞型。

主证：多伴慢性咳嗽史，如慢性支气管炎，肺气肿，肺大泡，或素体较虚，易外感，或瘦长型体弱之病者，因咳嗽、排便、或劳累后突然胸痛气促、胸闷、咳嗽、纳呆、神疲，舌淡红苔白，脉弦细或数。

治法：先治标、降气平喘，后治本，补肺健脾固肾。

方药：治标：苏子降气汤加减；治本：补肺汤加减。

（1）苏子 12 克，葶苈子 15 克，厚朴 10 克，北杏 12 克，桔梗 10 克，茯苓 15 克，沉香 6 克，代赭石 15 克，法半夏 12 克，白芨 30 克，甘草 10 克。

方解：苏子、葶苈子、厚朴、杏仁、沉香、代赭石降气平喘；茯苓、法半夏、甘草健脾化痰和中；桔梗引经；白芨敛肺补伤。

（2）黄芪 30 克，党参 30 克，紫菀 15 克，桑白皮 15 克，五味子 5 克，熟地黄 15 克，白芨 30 克，阿胶 15 克（烊化），茯苓 15 克。

方解：黄芪、阿胶补肺；党参、茯苓健脾；熟地黄、五味子补肾纳气；白芨补伤；紫菀、桑白皮止咳化痰。

加减法：肾虚明显加紫河车 9 克（研末冲服），胡桃肉 15 克，冬虫草 10 克（另炖）。

典型病例：

邓某，男，75 岁。慢支、肺气肿史 10 多年，1993 年一年内反复气胸 3 次，经住院治疗吸收。继续门诊治疗，给予补肺汤加味，处方：黄芪 15 克，党参 15 克，熟地黄 15 克，阿胶 15 克（烊化），紫菀 15 克，桑白皮 12 克，五味子 5 克，菟丝子 12 克，炙甘草 5 克。每日 1 剂，再煎服，连服 2 周，气促减轻，面色红润，继续服 1 月，追踪 3 年，未见气胸发生，生活能自理。

（二）中药成药治疗。

1.每位气胸患者，皆用白芨粉 3 克，每日 3 次，调水口服；三七末 1.5 克，每日 3 次，冲水服。

2.体虚者，阿胶冲剂 1 包，每日 3 次，水冲服；金水宝胶囊每次 2 粒，每日 3 次，温开水送服。

二、西医治疗

（一）气胸压缩≤30%者，给予卧床休息，中药对症治疗。

（二）气胸压缩＞30%者，给予抽气治疗，若经气胸抽气箱测压诊为开放性或张力性气胸则给予水封瓶闭式引流，引流玻管插入水封瓶液平面下 1～2㎝，并密切观察排气情况，及水柱是否上下波动，引流 2～3 天，肺复张，钳引流管 24 小时，胸透未见漏气，给予拔管。引流期间给予青霉素类或头孢类抗生素静脉滴注预防感染。并适当用人血白蛋白或复方氨基酸静脉滴注以提高体质利于伤口愈合。

（三）若水封瓶引流 2～3 天肺仍未复张，可给负压吸引器吸引排气，采用 0.98～1.47kpa 负压。若 7～10 天，肺未复张，应寻找原因，是否穿孔太大或粘连使破口持续开放，可送胸外科手术治疗。

（四）张力性气胸病者来诊时出现呼吸循环衰竭，病情危笃，来不及肋间插管时，可选用粗针头直接插入胸腔排气减压，接着用水封瓶闭式引流。

（五）尽快查明气胸发生的原因以便对症治疗，如肺结核者配合抗痨治疗，先天性肺大泡者酌情手术治疗，肺部感染者给予抗生素治疗等。

（六）气胸者若需抽气或闭式引流可选择胸部锁骨中线第二肋间作穿刺点，局限性气胸及液气胸应在透视下定点以利引流。闭式引流治疗自发性气胸，治愈率可达 95%，但颇易复发，复发率在 16%以上，此法老年性肺气肿肺大泡者常用。

（罗细贞、林琳）

第三章循环系统疾病

第一节心律失常

心律失常是指心律起源部位、心搏频率与节律以及冲动传导等任何一项异常。心律失常的分类方法多种多样，其中一种是按照心律失常时心率的快慢分力快速性和缓慢性心律失常两大类。快速性心律失常包括窦性心动过速，房性、房室交界区性和室性的过早搏动、心动过速、扑动和颤动。此外，还包括频率在每分钟 100 次以上的加速的自主心律。缓慢性心律失常则包括窦性心动过缓、窦房和房室传导阻滞、室上性和室性逸搏与逸搏心律。这种分类方法从临床实际出发，有助于诊断和治疗。

心律失常在中医临床中属“心悸”、“怔忡”的范畴。

心律失常的主要临床表现是心悸、头晕、胸闷、气短、神疲乏力，甚至昏厥等。不同类型的心律失常各有不同的体征。窦性心动过速可听到快速整齐的心律，心率常介于 100～150 次/分；室上性和室性阵发性心动过速同样可听到快速整齐的心律,其心率分别介于 160～240 次/分和 140～200 次/分。房性、房室交界区性和室性早搏在听诊时均可在规则的心律中提前出现一个心搏动，随后有一较长间歇，但临床上三者听诊难以鉴别。心房颤动在听诊时心律快慢完全不规则，心音强弱下一，同时脉搏与心率不一致，出现脱落脉。

心律夫常的诊断主要依据：（一）病史。病史对评价心律失常有很大帮助。从病史可识别：①心律失常的存在和类型；②激发因素；③心律失常的后果；④心律失常病程的变化。（二）体格检查：详细的心脏听诊有助于心律失常的诊断，可初步识别心律失常的类型。（三）心电图检查。心电图检查对心律夫常的诊断具有极重要的价值。任何类型的心律失常大体上可以借助心电图作出准确的诊断。

中医学认为心律失常病位在心，与肝、脾、肾密切相关。病变表现为虚证或实证，或虚实夹杂。其主要病因病机有：情志内伤，肝失疏泄，气滞血瘀；嗜食肥甘烟酒，损伤脾胃，脾失健运，聚湿生痰，均可致心脉痹阻而发为本病；另一方面，劳倦思虑过度，损伤心脾，气血生化之源不足，年老肾精亏虚，不能濡养五脏之阴，均可致心失濡养而发为本病。

西医认为心律失常的发病原因十分复杂。偶发房性早搏的人可以没有器质性心脏病，其发生可能与精神和体力疲劳、情绪紧张，过多吸烟、饮酒、喝茶和咖啡有关。其他类型的心律失常可由多种多样的病因所引起，常见的有：冠心病、风湿性心脏病、高血压性心脏病、先天性心脏病、肺原性心脏病、心肌炎、原发性心肌病、药物影响（如奎尼丁、洋地黄、普鲁卡因酰胺等）、电解质紊乱（如低钾、高钾血症等）、机械性刺激（如心导管检查和心脏手术等）以及甲状腺机能亢进等。

[治疗]

本节仅介绍快速性心律失常的治疗，缓慢性心律夫常的治疗可参照“病态窦房结综合征”的有关内容。

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.气阴两虚证。

主证：心悸气短，动则加剧，头晕眼花，乏力口渴，舌淡或稍红，苔白，脉沉细弱或结。

治法：益气养阴，宁心安神。

方药：生脉散加味。

人参 10 克（另炖），麦门冬 15 克，五味子 6 克，黄芪 15 克，黄精 15 克，阿胶 12 克（烊化），丹参 12 克。每天 1 剂，水煎服。

方解：本方以人参补益元气，麦门冬养阴，五味子宁神并收敛耗散之心气，三者合用，共奏益气养阴宁心之功，是近代治疗心律失常最常用方剂之一。黄芪助人参补益心气，黄精、阿胶滋心阴养心血，丹参活血除烦安神。

加减法：若阴虚火旺，五心烦热，梦遗腰痠明显者，加知母 10 克、黄柏 10 克、生地黄 15 克清热养阴；若心悸心慌，失眠多梦者，加酸枣仁 15 克、柏子仁 15 克养心安神。

典型病例：

余××，男，65 岁，干部。近 2 年多来自觉心悸心慌，在多间医院诊为“冠心病，频发室性早博”，服用过多种抗心律失常药物疗效欠佳而来我院求医。现症见：心悸气短，动则尤甚，头晕眼花，神疲体倦，口干，失眠，舌淡红少苔，脉细。体查：心率 80 次/分，律不整，频发早搏，每分钟 8～12 次。24 小时动态心电图示：频发室性早搏，11260 次/24 小时，部分呈三联律。本证属气阴两虚，拟生脉散加味治疗。处方：党参 20 克、麦门冬 15 克、五味子 6 克、黄芪 15 克、黄精 15 克、大枣 10 克、酸枣仁 15 克、柏子仁 15 克、丹参 15 克，连服 20 余剂，心悸气短等症明显减轻，复查动态心电图示：室性早搏明显减少，为 982 次/24 小时，嘱继续治疗以巩固疗效。

2.心肾不交证。

主证：心悸不安，惊恐健忘，失眠多梦，睡中易醒，耳鸣目眩，腰腿痠软，夜尿频多，潮热盗汗，舌红少苔或无苔，脉虚数或促。

治法：滋阴降火，宁心安神。

方药：朱砂安神丸合知柏地黄丸化裁。

朱砂 0.5 克（研末冲服），当归 10 克，生地黄 15 克，知母 10 克，黄柏 10 克，山茱萸 10 克，熟地黄 12 克，山药 15 克，黄精 15 克，浮小麦 20 克，茯神 12 克。每天 1 剂，水煎服。

方解：本方以山茱萸、熟地黄、山药、黄精、当归滋养肾阴；知母、黄柏、生地黄清热降火；朱砂、浮小麦、茯神宁心安神。全方共奏滋养肾阴，清降心火，宁心安神之功效。

加减法：若腰腿痠软者，加杜仲 15 克、桑寄生 15 克；夜尿频多者，加复盆子 15 克、金樱子 15 克、桑螵蛸 15 克；盗汗者，加龙骨 30 克（先煎）、牡蛎 30 克（先煎）、糯稻根 18 克滋阴敛汗。

3.心血不足证。

主证：心悸、头晕眼花，面色不华，唇甲淡白，体倦乏力，舌状淡，脉细弱。

治法：补血养心安神。

方药：归脾汤加减。

人参 10 克（另炖），黄芪 15 克，白术 10 克，炙甘草 10 克，当归 10 克，龙眼肉 10 克，酸枣亡 12 克，远志 8 克，茯神 10 克，木香 6 克（后下）。每天 1 剂，水煎服。

方解：方中人参、黄芪、白术、炙甘草益气健脾，以资生血之源；当归、龙眼肉补养心血；酸枣仁、茯神、远志养心安神；木香行气，使补而不滞。全方共奏益气养血，补益心脾，宁心安神之功效。

加减法：如见心动悸，脉结代者、为气虚血少，血不养心所致，宜改用炙甘草汤益气养血，滋阴复脉；如见纳呆、腹胀、便溏等脾胃虚弱者，加高良姜 10 克、砂仁 6 克（后下）、鸡内金 10 克。

4.心脉瘀阻证。

主证：心悸胸闷，阵发胸痛，痛有定处，唇甲青紫，舌暗有瘀点或瘀斑，苔少，脉涩或结代。

治法：活血化瘀，理气通脉。

方药：血府逐瘀汤加减。

当归 10 克，生地黄 15 克，桃仁 15 克、红花 5 克，赤芍 12 克，枳壳 8 克，柴胡 8 克，川芎 8 克，桔梗 9 克，牛膝 15 克。每天 1 剂，水煎服。

方解：方中桃仁、红花、赤芍、川芎活血化瘀以通心脉；当归、生地黄养血活血，祛瘀而不伤正；柴胡、桔梗与枫壳、牛膝配伍，一升一降，调畅气机，使气行血亦行。全方共奏活血化瘀，理气通脉之功效。

加减法：若瘀血轻者，则可加丹参 20 克；若胸痛甚者，加延胡索 15 克、蒲黄 10 克、五灵脂 10 克。

5.痰浊阻络证。

主证：心悸短气，心胸痞闷胀满，痰多，腹胀纳呆，或有恶心，舌苔白腻或滑腻，脉弦滑。

治法：化痰通络，宁心安神。

方药：导痰汤合瓜蒌薤白半夏汤化裁。

陈皮 6 克，法半夏 10 克，茯苓 15 克，甘草 5 克，胆南星 15 克，枳实 15 克，瓜蒌 15 克，薤白 10 克，远志 8 克。每天 1 剂，水煎服。

方解：陈皮、法半夏、胆南星、枳实理气化痰；瓜蒌开胸中痰结；薤白辛温通阳，豁痰下气；茯苓健脾渗湿；甘草和中补土，为治本之法；远志除痰并安神；诸药合用，共奏化痰通络、宁心安神之功效。

加减法：若痰浊蕴久化热，痰热内扰而见心悸失眠，胸闷烦躁，口干苦，舌苔黄腻，脉滑数者，则可加用黄连 12 克、竹茹 12 克以清热豁痰，宁心安神；若痰浊中阻，气化不利致水饮内停，症见渴不欲饮，小便不利，下肢浮肿者，则可加茯苓 30 克、白术 15 克、桂枝 6 克。

（二）饮食疗法。

1.朱砂炖猪心汤：朱砂 3 克塞入猪心中，煮服，治疗各种过早搏动，心动过速。

2.百合莲子瘦肉汤：莲子 30 克、百合 30 克，瘦肉适量，加水炖服，治疗气阴两虚型的快速性心律失常。

（三）针灸疗法。

1.针灸内关、通里、三阴交。

2.耳针：取心、神门、皮质下、胸区、交感，每次 2～3 穴，留针 20 分钟。

二、西医治疗

（一）窦性心动过速。

主要针对病因治疗，必要时可应用镇静剂或β受体阻滞剂。如：舒乐安

定 0.5～1mg，每天 1～3 次，口服；心得安 10mg，每天 3 次，口服；倍他乐克 12.5～25mg，每天 2 次，口服。

（二）过早搏动。

如过早搏动次数多且有症状时，才需要药物治疗。房性和房室交界区性早搏，多选用异搏定、心得安、倍他乐克、心律平、乙胺碘映酮等药物，室性早搏多选用慢心律、心律平、乙胺碘呋酮、奎尼丁等药物。其剂量和用法是：异搏定 40～80mg，每 8 小时 1 次，口服；心律平和慢心律 150～200mg，每 6～8 小时 1 次，口服；乙胺碘呋酮 0.2g，每天 3 次，口服；奎尼丁 0.2g，每 6～8 小时 1 次，口服。心得安和倍他乐克的剂量和用法如上所述。

（三）阵发性心动过速。

1.室上性阵发性心动过速。

（1）洋地黄：用西地兰 0.2～0.6mg 稀释后静脉推注；

（2）异搏定 5～10mg 稀释后静脉推注，或心律平 70mg 稀释后静脉推注；心动过速终止时即应停止用药，无效时 20～30 分钟后可重复注射。

（3）阿拉明 10～20mg 稀释后缓慢静脉推注，以收缩压不超过 21.3～24Kpa 为度。一旦心动过速停止，即应停止用药。

（4）刺激迷走神经：如用压舌板刺激咽部诱发恶心呕吐或做 Valsalva 动作；或按摩颈动脉窦；或压迫眼球。

（5）同步直流电复律。

2.室性阵发性心动过速。

（1）利多卡因是公认的首选药物。静脉注射首剂剂量为 50～100mg，每隔 5～10 分钟可重复用药一次直至心律失常消失，总量小于 300～400mg。再以 1～4mg/分钟维持静脉滴注 12～24 小时，以后改用慢心律 150～200mg 口服，每 6～8 小时 1 次。

（2）心律平剂量、用法同室上速。

（3）同步直流电复律。

（四）心房扑动和颤动。

对心房扑动和阵发性心房颤动而心室率快者，首选西地兰静脉推注以减慢心室率，部分患者用药后可转复为窦性心律，其剂量和用法同室上性阵发性心动过速。无效者可考虑同步直流电复律。

（文旺秀金卓祥）

第二节心力衰竭

心力衰竭（以下简称心衰）是指在有足够静脉血回流的情况下，由于心排血量绝对或相对不足，不能满足机体代谢需要而引起的以循环功能障碍为主的一种病理生理综合征。

心衰在中医临床中属“心悸”、“怔忡”、“水肿”、“喘咳”、“痰饮”的范畴。

心衰根据其临床表现及其发展过程可分为急性和慢性心衰，左心衰竭和右心衰竭。心衰的主要临床表现是以呼吸困难、疲乏无力力特征。心衰早期表现为劳力性呼吸困难，晚期可出现阵发性夜间呼吸困难（心源性哮喘）和端坐呼吸，病情进一步发展会产生急性肺水肿，急性肺水肿是心源性哮喘的

一种严重类型，是由于肺毛细血管压力进一步升高导致肺泡水肿，患者极度气短、双肺啰音、咯出血性液体，若不及时处理则可致命。

心衰体怔：唇甲发绀，颈静脉充盈，肝颈征阳性，心脏扩大，心动过速，闻及第三心音奔马律，双肺底可有广泛湿性啰音，伴呼气性哮鸣音，肝肿大，骶臀部及双下肢水肿。

临床诊断依据是劳力性呼吸困难或夜间阵发性呼吸困难，踝部水肿，尿量减少而体重增加，颈静脉怒张，心脏扩大，心动过速，第三心音奔马律，双肺底闻广泛湿性啰音，胸片检查示：中、上肺纹理增粗，或见 Kerley 氏 B 线。

中医学认为心衰初起病多在心肺两脏，病久则累及脾肾。其根本原因在于体虚，尤其与心脾肾阳虚有关。常由于感觉外邪、劳倦过甚、情志所伤、妊娠分娩而诱发。肺虚不能通调水道，脾虚不能运化水湿，肾虚则气化不利，以致水湿停聚，形成水肿，如水气射肺，则肺失肃降，气上逆而喘咳，水气凌心则心悸，肾不纳气则呼多吸少，气短难续。

西医认为本病的发病原因主要有两个方面，一为心肌本身疾病。心肌细胞直接受到侵犯，发生病理改变，如原发性心肌病、心肌炎、中毒性心肌病、冠心病等。二为继发于负荷过重的心功能损害，最后发展为失代偿性心衰，如高血压病、慢性心瓣膜病、先天性心血管畸形等。心衰常因感染、贫血、心律失常、劳累过度、情绪激动和饮食过饱而诱发。

[治疗]

一、中医治疗

1.气阴两虚型。

主证：心悸气短，头晕目眩，乏力，口干舌燥，失眠盗汗，舌红苔少，脉细数或结代。

治法：益气养阴。

方药：生脉散加味。

党参 15 克，麦门冬 12 克，五味子 10 克，炙甘草 6 克，熟枣仁 30 克，丹参 20 克，生地黄 15 克，玉竹 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以党参补中益气；麦门冬、玉竹、生地黄养阴生津；五味子、炙甘草酸甘化阴；熟枣仁宁心安神；丹参活血通脉。全方共奏益气养阴之功效。

加减法：气虚甚加黄芪 15 克，血虚加熟地 15 克，心动悸、脉结代加桂枝 15 克、阿胶 12 克（烊化）。

2.心肾阳虚型。

主证：心悸气短，畏寒肢冷，尿少浮肿，面色青紫，唇青舌暗，苔白，脉沉细或结代。

治法：温阳利水。

方药：真武汤加减。

熟附子 10 克，桂枝 15 克，干姜 15 克，茯苓 20 克，白术 15 克，泽泻 15 克，车前子 15 克，炙甘草 6 克。

方解：本方中熟附子大辛大热，温肾助阳；桂枝、干姜温阳化气；白术、茯苓健脾利水；泽泻、车前子利水渗湿；炙甘草调和诸药，全方共奏温阳利水之功效。

加减法：气虚加党参 15 克，黄芪 15 克；气喘甚加五味子 8 克，山茱萸

15 克；血瘀者加丹参 20 克，红花 9 克。

3.血瘀痹阻型。

主证：心悸气短，心胸刺痛，口唇紫绀，面色暗红，下肢浮肿，舌暗瘀斑，苔白腻，脉涩结代。

治法：活血化瘀。

方药：桃红四物汤加减。

桃仁 12 克，红花 9 克，当归 12 克，川芎 12 克，赤芍 15 克，延胡索 15 克，丹参 20 克，黄芪 30 克。

方解：方中黄芪补气以行血；当归、川芎、赤芍养血活血；延胡索行气止痛；桃仁、红花、丹参活血祛瘀。全方共奏活血化瘀，行气通络之功效。

加减法：气滞加枳壳 12 克、香附 12 克；心悸夫眠加熟枣仁 15 克、远志 10 克；下肢浮肿加泽泻 15 克、益母草 15 克。

4.痰热壅肺型。

主证：心悸气短，咳嗽喘促，不能平卧，咯黄稠痰或痰血粘难咳，尿少，浮肿，舌红苔黄腻，脉滑数。

治法：清热化痰，宣肺行水。

方药：麻杏石甘汤合苇茎汤。

麻黄 10 克，杏仁 10 克，生石膏 30 克（先煎），薏苡仁 30 克，桃仁 15 克，冬瓜仁 30 克，瓜蒌 15 克，苇茎 10 克。

方解：方中生石膏、苇茎清肺泄热；薏苡仁、冬瓜仁、瓜蒌清热化痰；桃仁活血祛瘀；麻黄、杏仁止咳平喘。全方共奏清热化痰，宣肺行水之功效。

加减法：热甚加黄芩 18 克、鱼腥草 30 克；痰多加法半夏 12 克，胆南星 6 克；浮肿加茯苓皮 20 克、泽泻 15 克。

5.阳气虚脱型。

主证：呼吸喘促、不能平卧，烦躁不安，张口抬肩，汗出如油，四肢厥冷或昏厥谵妄，舌紫暗，苔少，脉微细欲绝。

治法：回阳救逆。

方药：参附龙牡汤。

红参 10 克（另炖），熟附子 12 克，生龙骨 30 克（先煎），生牡蛎 30 克（先煎），麦门冬 15 克，五味子 8 克，干姜 12 克。

方解：方中熟附子、干姜温阳化气；红参大补元气；麦门冬、五味子养阴生津，阴中求阳，生尤骨、牡蛎重镇潜阳安神。全方共奏回阳救逆之功效。

加减法：喘促甚加细辛 10 克、山茱萸 15 克；血瘀加桃仁 12 克、红花 3 克、丹参 20 克。

典型病例：

吴××，男，40 岁，反复心悸，气促，乏力半年，双下肢浮肿 3 个月，伴腹胀，纳呆，尿少，夜间不能平卧，曾予口服利尿剂治疗，无明显改善。体格检查：BP16/10kpa，慢性病容，口唇轻度发绀，颈静脉怒张，肝颈征阳性，双肺听诊清音，双肺底可闻及细小水泡音，心界叩诊向两侧扩大，心音低钝，心率 102 次/分，律齐，心尖部可闻及 SM2°/6°，吹风样。腹平软。肝肿大肋下 2㎝，脾未及，腹水征（一），双下肢呈凹陷性浮肿。舌淡胖，苔白，脉沉细。心电图检查示：窦性心律，电轴左偏，完全性右束支传导阻滞。胸片示：双肺纹理增粗，心脏向两侧扩大。心脏 B 超示：左右心室增大，室间隔搏动减弱。诊断为扩张型心肌病，充血性心力衰竭，心功能III级。中

医辨证为心肾阳虚，水气凌心，治以温阳益气利水，真武汤加味。处方：熟附子 12 克，桂枝 15 克，干姜 9 克，白术 15 克，茯苓 20 克，车前子 20 克，葶苈子 15 克，丹参 20 克，泽泻 15 克，炙甘草 10 克。水煎服，每日 1 剂，连服 7 剂后心悸气短明显减轻，浮肿消退，夜间可平卧，于上方去车前子、葶苈子，加红参 10 克（另炖）、砂仁 9 克（后下），再服 5 剂，诸症改善，唯上楼时觉气促，原方加黄芪 30 克、五味子 8 克，再服 5 剂后，心衰症状明显改善，体征消失。

二、西医治疗

心衰的治疗原则为：（1）减轻心脏负荷。（2）控制水钠潴留。（3）增加心排血量，具体方法如下：

（一）一般治疗：

1.休息：限制体力活动，减轻心脏工作量。

2.饮食：限制热量及水、钠盐的摄入。

3.吸氧：提高动脉血液氧含量。

4.镇静剂应用：一般可予舒乐安定 1～2mg 口服，或安定 5～10mg，肌注，严重心衰者应慎用。肺心病患者不宜使用。如急性肺水肿，予吗啡 3～5mg，静注。

（二）利尿剂的应用：

1.氢氯噻嗪 25mg，每日 2～3 次，口服。

2.氨苯喋啶 50mg，每日 3 次，口服。3.安体舒通 20～40mg，每日 3 次，口服。

4.速尿 20～40mg，每日 2～3 次，口服。或速尿 20～40mg，每日 1～2 次，肌注或静注。

（三）强心剂的应用：

1.洋地黄甙类：

（1）地戈辛 0.25mg～0.5mg，每日 1～2 次，口服。

（2）西地兰 0.4mg～0.8mg，每日 1～2 次，静注。

2.β肾上腺素能受体兴奋剂：

（1）多巴胺 80～100mg 加入 5%葡萄 250ml 中静脉点滴，一般以 3～10mg/kg/min。

(2)多巴酚丁胺 100～120mg 加入 5%葡萄 250ml 中静脉点滴,一般以 5～10mg/kg/min。

（四）血管扩张剂的应用：

（1）硝普钠 50mg 加入 5%GS250ml 中静滴，滴速 5～150μg/min。

（2）硝酸甘油 0.5mg 舌下含服；或 10～20mg 加入 5%葡萄 250ml 中静滴，滴速 10～200μg/min。

（3）消心痛 10mg，每日 3～4 次，口服。

（4）酚妥拉明 5～10mg 加入 50%葡萄糖 20ml 中静注，或 15～30mg 加入 5%葡萄糖 250ml 中静滴，滴速 0.3mg/min。

（5）卡托普利 25mg，每日 3 次，口服。

（6）依那普利 10mg，每日两次，口服。

（7）心痛定 10～20mg，每上 3～4 次，口服。

（文旺秀严夏）

第三节慢性肺源性心脏病

慢性肺源性心脏病是指肺部或胸廓或肺动脉的慢性病变引起肺循环阻力增加致使右心室肥大或右心功能不全的病变，简称“肺心病”。

慢性肺源性心脏病在中医临床中属“肺胀”的范畴。

肺心病的主要临床表现是以起病慢，病程长，病情反复，以咳嗽，咯痰，气喘甚至浮肿、紫绀为特征。患者容易感到疲劳、动则气短、心悸、胸闷或胸痛。并发肺部感染可伴热恶寒，及上述症状加剧。

体征方面可见桶状胸，双肺叩诊过清音，心浊音界相对缩小，心尖搏动剑突下明显，双肺吸呼音低，可闻干湿啰音，心音剑突下明显于心尖，肺动脉瓣第二音亢进，三尖瓣区可闻收缩期杂音，心脏扩大，下肢、甚至全身浮肿。

如缺氧、二氧化碳潴留，电解质与全身代谢紊乱，可见疲乏、纳呆，球结膜充血水肿等；合并多脏器损害：如肝功能不全可见黄疸且谷丙转氨酶升高；肾功能失代偿出现尿毒症；消化道可见胃肠粘膜糜烂、溃疡并消化道出血；血液方面可合并弥散性血管内凝血（DIC）；肺性脑病可见精神错乱甚则昏迷等。

临床诊断依据是以慢性肺部疾病史及临床咳嗽、咯痰、气喘或浮肿。全胸片：右下肺动脉横径＞15㎜，肺动脉段突出≥3㎜，右心室圆凸等；心电图：肢导联低电压，P 波高尖顶角＜70°，电轴≥90°（右偏），aVR 呈 QR（Q/R≥1），右胸导联呈 R 型（R/S＞1），左胸导联呈 rS（r/S＜1）

等及顺钟向转动。M 超：右室增大内径＞20㎜。B 超：右室增大。肺功能用力肺活量（FVC）＜40%预计值，第一秒时间肺活量（FEVI）＜70%预计值。

中医认为肺心病的病位在肺脾肾，后期及心。病因有内外两种，内因为患病日久肺脾肾心虚损，外因为外感六淫及饮食所伤。肺主气司呼吸，脾主运化，肾主纳气。脾为生痰之源，脾为贮痰之器。若肺脾肾受损，则肺失宣降，脾湿生痰，肾不纳气而见喘促，咳嗽，痰多。肾阳虚不能温煦，水湿内停，泛于肌肤而见浮肿。心脉上通于肺，肺治理调节心血运行，宗气贯心肺行呼吸，肺肾虚可致心气阳虚不能鼓动血脉运行而成瘀。若外邪饮食所犯，引动内痰，反复发作，使咳、痰、喘、肿加剧。此为本虚标实之证，外邪痰瘀为标，肺脾肾虚为本。

西医认为本病的主要病因是气管、支气管肺部因吸烟或反复感染或畸型，使心肺出现不可逆的病变。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.痰热困肺型。

主证：发热，咳嗽，咯痰稠黄难出，气促或喘息，烦躁胸满，口干口苦，舌红苔黄或黄腻，脉滑数。

治法：清热化痰，止咳平喘。

方药：麻杏石甘汤，桑白皮汤，千金苇茎汤加减化裁。

麻黄 12 克，杏仁 12 克，生石膏 30 克（先煎），甘草 5 克，桔梗 10 克，瓜蒌皮 15 克，桑白皮 15 克，浙贝母 15 克，天竹黄 15 克，黄芩 18 克，鱼腥草 30 克。每日 1～2 剂，水煎服。

方解：方中麻黄宣肺平喘；杏仁、桔梗、桑白皮、浙贝母、瓜蒌皮、天竹黄宣肺止咳化痰；生石膏、黄芩、鱼腥草清肺泄热。共奏清肺化痰止咳平喘之功。

加减法：痰难出加礞石 15 克、枳实 10 克；热盛加青天葵 12 克；喘息甚者加苏子 12 克、射干 12 克、葶苈子 30 克；痰多便秘加瓜蒌仁 12 克、冬瓜仁 30 克，或大黄 9 克；痰热蒙闭出现神昏谵语；烦躁不安加石菖蒲 9 克、胆南星 12 克，及安宫牛黄丸口服清热涤痰开窍。

典型病例：

郭某，男，66 岁。反复咳嗽，咯痰 20 年，气促 10 年，下肢浮肿 1 年。近一周因天气变化咳嗽，咯黄稠痰且难出，气促加剧，口干，夜尿多，大便调，面色暗晦，舌质暗红，舌苔薄黄，脉滑数。白细胞 10.2×109/L。中性 0.75。心电图：窦性心动过速，电轴右偏，顺钟转位。胸片示：慢支肺气肿，肺心病，左下肺感染。本证为痰热困肺，拟麻杏石甘汤加减，炙麻黄 9 克、杏仁 12 克、生石膏 30 克（先煎）、黄芩 12 克、桑白皮 12 克、鱼腥草 30 克、桔梗 12 克、紫菀 12 克、法半夏 12 克、丹参 30 克、甘草 5 克，每日 1 剂，水煎服。连服 3 剂，咳痰减轻，痰淡黄，气促减，舌暗红，苔薄黄，脉滑数，下肢浮肿减轻。

2.痰浊困肺型。

主证：咳嗽喘促，胸闷胀满，痰白粘腻或带泡沫，纳呆倦怠，舌淡红苔白腻，脉滑。

治法：降气平喘，止咳化痰。

方药；三子养亲汤合二陈汤加减。

苏子 15 克，莱菔子 15 克，白芥子 6 克，法半夏 12 克，陈皮 6 克，茯苓 15 克，甘草 5 克。每日 1～2 剂，水煎服。

方解：苏子、菜菔子降气平喘化痰；白芥子温通化痰；法半夏、陈皮、茯苓、甘草健脾燥湿化痰。共奏祛痰止咳平喘之功。

加减法：喘甚加葶苈子 30 克、炙麻黄 12 克；痰多难出加礞石 15 克；咳甚加杏仁 12 克、桔梗 10 克、百部 20 克、白前 12 克；脾虚加党参 15 克、白术 12 克。

典型病例：

温某，男，80 岁。反复咳嗽，气促 5 年，双下肢浮肿反复 3 年，加剧 3 天，今动则气促，痰多粘白难咯，颜面及下肢浮肿，纳呆，尿少，大便常，舌淡暗，苔白，脉滑数。诊为肺胀，属痰浊困肺夹瘀，肺脾肾虚，急则治标，健脾利水，化痰止咳平喘，祛瘀，拟三子养亲汤，二陈汤化裁，白术 12 克、法半夏 10 克、橘红 6 克、炙甘草 6 克、茯苓皮 15 克、苏子 15 克、白芥子 10 克、炙麻黄 10 克、菜菔子 20 克、丹参 20 克、桃仁 12 克、泽泻 20 克，每日 1 剂，水煎服，连服 4 剂，浮肿消退，纳增，睡眠正常，咳嗽咯痰减少。

3.肺脾两虚型。

主证：吸呼浅促，声低气怯，胸闷纳呆，咳嗽痰白，甚则张口抬肩，倚息不能平卧，舌淡红苔白，脉沉弱。

治法：补肺健脾，降气平喘。

方药：补肺汤合陈夏六君汤加减。

黄色 15 克，党参 15 克，白术 15 克，茯苓 15 克，熟地黄 15 克，五味子 5 克，紫菀 15 克，桑白皮 15 克，陈皮 5 克，法半夏 12 克，甘草 5 克。每日

1 剂，水煎服，复渣再服。

方解：本方以黄芪、党参、白术、茯苓补肺益脾；熟地黄、五味子益肾敛肺纳气；紫菀、桑白皮化痰止咳；陈皮、法半夏燥湿化痰；甘草和中。共建补肺健脾化痰止咳平喘之功。

加减法：气促明显可加苏子 12 克、炙麻黄 12 克；舌红苔少，口干可加沙参 15 克、麦门冬 12 克、石斛 15 克；血瘀加丹参 20 克、桃仁 12 克；痰多加胆南星 12 克、瓜蒌皮 15 克。

典型病例：

范某，男，77 岁。反复咳嗽，咯痰 6 年，伴浮肿，气促，经住院治疗各症虽有减轻，但仍气促纳呆，声低，舌淡红苔白，脉细。诊为肺胀，证属肺脾虚型，拟陈夏六君汤加减，党参 15 克，黄芪 15 克，茯苓 15 克，白术 12 克，法半夏 12 克，橘红 6 克，炙甘草 6 克，胆南星 15 克，款冬花 15 克，沉香 10 克（后下）。每日 1 剂，共服 3 剂，精神好转，咳痰减少，气促减轻，胃纳增加，二便调。

4.肺肾两虚型。

主证：短气懒言，形寒自汗，肢冷，咳嗽，气促，动则加剧，痰色稀白，夜尿多，腰膝瘘软，舌淡红苔白滑，脉沉细。

治法：补肺纳肾，降气平喘。

方药：补肺汤，加补骨脂加减。

党参 15 克，黄芪 15 克，熟地黄 15 克，五味子 15 克，紫菀 15 克，炙百部 20 克，炙麻黄 12 克，苏子 12 克，桑白皮 15 克，补骨脂 15 克，甘草 10 克。每日 1 剂，水煎服，可复渣煎服。

方解：本方党参、黄芪补肺益气；五味子、熟地黄、补骨脂补肾纳气；炙麻黄、苏子降气平喘；紫菀、炙百部、桑白皮化痰止咳；甘草和中。共建补肺纳肾降气平喘之功。

加减法：五心烦热，口干，舌红苔少，脉细数，为肺肾阴虚，宜加麦门冬 12 克、山茱萸 12 克，知母 9 克，以养肺阴滋肾水；气滞血瘀者可加丹参 20 克、桃仁 12 克、红花 12 克、赤芍 12 克等活血法瘀通脉，若阳虚明显可加熟附子 12 克、肉桂 1.5 克（焗服）。

典型病例：

陈某，女，70 岁，反复咳嗽，气促，咯痰 10 多年，浮肿一年，经住院治疗，诸症减轻，天气变化易感冒，气短，夜尿多，清长，舌淡暗苔白，脉细沉。诊为肺胀，证属肺肾两虚型，拟补肺汤加味。处方：党参 15 克，黄芪 15 克，熟地黄 15 克，紫菀 15 克，五味子 5 克，补骨脂 15 克，益智仁 12 克，法半夏 12 克，炙麻黄 12 克，苏子 12 克。每日 1 剂，复渣煎服，一周后复诊，诸证减轻，夜尿一次。5.肺脾肾俱虚型。

主证：喘促短气，咳嗽痰稀，下肢甚至全身浮肿，懒言疲乏，畏寒，纳呆便溏，腰膝瘘软，小便清长，舌淡苔白，脉沉细。

装法：补肺，健脾，温肾利水。

方药：补肺汤加茯苓皮、补骨脂等。

茯苓皮 30 克，补骨脂 15 克，党参 15 克，黄芪 15 克，熟地黄 15 克，紫菀 15 克，五味子 5 克，炙麻黄 15 克，苏子 12 克，法半夏 12 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方重用茯苓皮健脾利水；党参、黄芪补肺健脾；补骨脂、五味

子温肾纳气；熟地黄补肾；紫菀、炙麻黄、苏子、法半夏顺气化痰止咳。共奏补肺健脾温肾利水之功。

加减法：若心悸，浮肿，加生脉散，并重用葶苈子强心利水。肺肾虚甚加紫河车 6 克研末冲服，胡桃肉 15 克，冬虫夏草 6 克（另炖）。浮肿严重加甘遂末 0.3 克冲服泻水逐饮。

典型病例：

欧某：女，65 岁。反复咳嗽气促，咯痰 10 多年，浮肿 1 年，因天气变化易“感冒”，使病情反复，自觉神疲气短，纳呆，夜尿多清长，舌淡暗苔白，脉沉细。诊为肺胀，证属肺脾肾虚，给补肺汤加味，处方：党参 15 克、山药 15 克、茯苓 15 克、黄芪 15 克、炙麻黄 12 克、苏子 12 克、补骨脂 15 克、益智仁 15 克、五味子 9 克，并给中成药金水宝（冬虫夏草菌苗制剂），服药后精神好，纳佳，夜尿减少至 1 次，且能自己来门诊治疗。

6.元阳欲绝型。

主证：气促不能平卧，大汗出，四肢不温，尿少，下肢浮肿，面色暗黑，喉中痰鸣，脉微欲绝。

治法：急救元阳。

方药：参附汤。

熟附子 12 克，高丽参 10 克。

方解：熟附急救回阳，高丽参大补元气。

加减法：病情危急，即肌注参附液 4㎖，参麦液 20㎖ 加 50%葡萄糖 20㎖ 静脉注射以补气温阳固脱。

典型病例：

李某：男，76 岁。患者反复咳嗽 20 年，气促 5 年，下肢浮肿 4 个月，加重一周住院，住院当晚 9 时 30 分，突然出现吸呼急促，不能平卧，大汗淋漓，胸闷，心慌，双肺闻及湿啰音，心率 150 次/分，律不整。即静脉注射西地兰 0.2㎎ 加 50%葡萄糖 20㎖。5%葡萄糖 250㎖ 加参麦液 20㎖ 静脉滴注，经处理后出汗止，服高丽参 10 克、熟附子 10 克、龙骨 30 克、牡蛎 30 克、浮小麦 30 克、甘草 6 克，共服 3 剂，气促胸闷心慌明显好转。

（二）中药针剂疗法。

1.咳嗽，口干，痰黄稠属痰热型可选用：

（1）鱼腥草 4㎖，肌注，每日 2 次，7 天为一疗程，可 2～3 疗程。

（2）双黄连粉针剂 3.6～4.8g 加入 5%葡萄糖 500㎖ 中静脉滴注，每日 1 次，7 天为一疗程，可 2～3 疗程。2.痰热闭窍，嗜睡或神昏谵语者。

（1）醒脑静 20㎖ 加 50%葡萄糖 20㎖，静脉推注，或醒脑静 20～40㎖ 加入 5%葡萄糖 250㎖ 中静脉滴注。

（2）清开灵 40～60㎖ 加入 5%葡萄糖 250～500㎖ 中静脉滴注。

3.元阳欲绝肢冷，大汗淋漓等症。

参附注射液 4㎖ 加入 50%葡萄糖 40㎖ 中静脉推注。4.肺气虚者。

北芪注射液 4㎖，肌注，每日 1 次，7 天一疗程。

5.气阴虚者。

参麦液 40㎖ 加入 5%葡萄糖 250㎖ 中静脉滴注，每日 1 次，7 天一疗程。

6.肺肾虚者。

胎盘注射液 4㎖1，肌注，每日 1 次，7 天一疗程。

7.痰浊夹瘀者。

（1）川芎嗪 160㎎ 加 5%葡萄糖 250㎖ 中静脉滴注，每日 1 次，7 天为一疗程。

（2）复方丹参注射液 30㎖ 加入 5%葡萄糖 250㎖ 中，静脉滴注，7 天为一疗程。

（三）常用口服中成药物。

1.止喘。

（1）珠贝定喘丸，每次 6 粒，每日 3～4 次。温开水送服。

（2）平喘冲剂 I 号，每次 1 包，每日 3～4 次，温开水冲服。

2.祛热痰。

（1）人工牛黄粉，每次 1 克，每日 3 次，温开水送服。

（2）三蛇胆川贝液，每次 1 支，每日 3 次，温开水送服。

（3）猴枣散，每次 1 支，每日 3 次，温开水送服。

3.祛寒痰。

（1）止嗽合剂，每次 10㎖，每日 3～4 次，温开水送服。

（2）化州橘红精，每次 10㎖。每日 3 次，温开水送服。

4.肺脾肾虚。

（1）金水宝胶囊，每次 2 粒，每日 3 次，开水送服。

（2）天安灵芝胶囊，每次 2 粒，每日 3 次，开水送服。

二、西医治疗

（一）控制感染：肺心病急性发作期控制感染是治疗关键。

1.常用氨苄青霉素 6 克加入 5%葡萄糖 500㎖ 中，静脉滴注，每日 1 次（要做皮试），或先锋霉素VI6 克加入 5%葡萄糖 500㎖ 中，静脉滴注，每日 1 次，对青霉素过敏者可以用环丙沙星或氧氟沙星，每次 200㎎，每日 2 次，静脉滴注 7～14 天为一疗程。

2.因细菌对抗生素不断产生耐药性，有条件请按痰菌培养药敏结果用药等。

（二）促进痰液排出，保持呼吸道通畅。

1.支气管扩张药，可用 0.9%生理盐水或 5%葡萄糖生理盐水 40㎖ 加氨茶碱 0.25g 静脉推注（注意该药血浓度）；可用 I：10 或 1：5 喘乐宁稀释液雾化吸入，茶碱类（如氨茶碱）口服。

2.法痰剂，化痰片，每次 2 片，每日 3 次，口服；超声雾化吸入治疗；氨茶碱 0.125g，a—糜蛋白酶 5㎎，地塞米松 2㎎，庆大霉素 4 万 u 加入生理盐水 10㎖ 中雾化吸入，每日 2～3 次。

（三）给氧治疗：用鼻管每分钟 1～3 升流量吸入，病情严重时可用人工通气治疗使动脉氧分压提高到 8kg（60㎜Hg），或动脉氧饱和度提高到 85%～90%。

（四）肾上腺皮质激素的应用：激素对肺心病急性期改善肺功能的作用是肯定的，可每日静脉滴注地塞米松 10㎎。有支气管痉挛者更佳。

（五）对肺动脉高压抑制作用的药物：心痛定 10㎎，每 H3 次，口服；或消心痛 10㎎，每日 3 次，口服等。

（六）合并呼吸衰竭，除上述治疗外，可

1.I 型呼吸衰竭给予 1.5 升/分氧气吸入。

2.Ⅱ型呼吸衰竭加用可拉明静脉滴注或推注，每日酌情用 4～16 支。对可拉明过敏者用洛贝林，用法同上。

（七）合并右心衰竭浮肿明显者，可给予速尿 20mg，每日 3 次，口服，或双氢克尿噻 25mg，每日 3 次，口服，同时配用 10%氯化钾 10ml，每日 3 次，口服，或安体舒通 40mg，每日 3 次，口服，或氨苯喋啶 50mg，每日 3 次，口服。但用量、次数可酌情增减。

肺心病因存在缺氧、酸中毒，敌对洋地黄类药物极易中毒，一般不采用，严重心衰可酌情用西地兰 0.2mg 加 50%葡萄糖 40ml 静脉注射，稍缓解后可每日或隔日口服狄戈 0.25mg。也有用多巴酚丁胺 25～100mg 加 5%～10%葡萄糖 250ml，静脉点滴，每日 1 次。

（八）合并肺性脑病，降上述处理外，脑水肿者可用 20%甘露醇 250ml，快速静脉点滴，每日 1～2 次，或按 1～2g/kg 体重/日计算。烦躁不安者可用 10%水合氯醛 10～15ml 保留灌肠。

（九）合并酸碱平衡失调者，按上述处理一般能纠正，若严重代碱者属低钾或低氯低钠者酌情补充，若以上三种物质不低，可用精氨酸 10～20g 加入 5%葡萄糖盐水 250～500ml 中静脉点滴。

严重呼酸合并代酸者，pH＜7.20，可适当用少量碳酸氢钠 60～120m1，静脉注射。

（十）合并上消化道出血，可用洛赛克 40mg 静脉注射，每日 1 次。

（十一）合并弥散性血管内凝血（DIC）。

1.早期可用潘生丁、阿斯匹林。

2.可用低分子右旋糖酐抗凝。

三、营养疗法

营养不良（特别是蛋白不足）损害了机体的免疫功能（包括细胞免疫和体液免疫）易并发二重感染，影响损伤组织的修复能力，使呼吸肌易于疲劳。另某些电解质及微量元素（钾、镁、磷）的不足可引起呼吸肌无力。

1.一般营养治疗。碳水化合物占 50%～60%，蛋白质占 15%～20%，脂肪 20%～30%即可。总热量男性每日 2500 千卡，女性每日 2300 千卡左右。除饮食外可用血清白蛋白，复方氨基酸，金施尔康，多种维生素等。

2.中药饮食疗法：本地鲫鱼 1～2 条，红萝卜 1～2 个，煲汤饮，每周 1～2 次；冬虫草 5～10 克，猪肉 30 克，煲汤饮；蛤蚧一对，烘干研末，每次 3 克，温开水送服每日 2～3 次。

（罗细贞张忠德）

第四节风湿热

风湿热是 A 组乙型溶血性链球菌感染后发生的一种全身结缔组织病。本病好侵犯关节、心脏、皮肤，偶可累及神经系统及其他脏器。

风湿热在中医临床中属“痹证”、“心痹”的范畴。

风湿热主要的临床表现是发热、关节炎、心脏炎、环形红斑、皮下结节和舞蹈病。临床上约 1/3～1/2 病人在典型症状出现前 2～5 周，有上呼吸道链球菌感染的病史。本病发热热型不规则，轻症仅有低热，甚至无发热。关节炎呈游走性、多发性，同时侵犯数个大关节，以膝、踝、肘、腕、肩关节较常见。急性发作时受旱关节呈红肿、灼热、疼痛和压痛。心脏炎可表现为

心肌炎、心内膜炎和心包炎，瓣膜炎症的反复发作可导致慢性风湿性心脏病。环形红斑、皮下结节、舞蹈病临床上较为少见。

风湿热临床诊断目前采用 1992 年最新修订的 Jones 诊断标准。如有前驱的链球菌感染证据，并有心脏炎、多关节炎、环形红斑、皮下结节、舞蹈病两项主要表现或一项主要表现加曾患风湿热或风湿性心脏病、关节痛、发热、急性反应物（ESR、CRP）增高，P—R 间期延长两项次要表现者可诊断风湿热。

中医学认为本病的发生主要是由于正气不足，感受风寒湿热之邪所致。正气虚弱，腠理空疏，卫阳不固，风寒湿热之邪乘虚而入，游走脉络，痹阻经络而为痹证。久病则由经络而波及脏腑，邪气久羁，内舍于心，而成心痹。

西医认为风湿热的主要发病原因是由于 A 组乙型溶血性链球菌咽部感染后，产生变态反应——自身免疫性疾病，是链球菌咽部感染和机体免疫状态等多种因素共同作用的结果。

［治疗］

一、中医治疗

1.热邪偏盛型。

主证：关节疼痛，局部灼热红肿，痛不可及，关节活动不便，伴发热、恶风、口渴、思冷饮、汗多，小便黄赤，舌红苔黄燥，脉数。

治法：清热为主，佐以祛风除湿。

方药：白虎加桂枝汤加减生石膏 30 克（先煎），知母 12 克，薏苡仁 30 克，桂枝 12 克，桑枝 12 克，黄柏 15 克，黄芩 15 克，威灵仙 15 克，牡丹皮 12 克，忍冬藤 15 克。

方解：本方以生石膏、知母、黄芩、牡丹皮清热泻火；薏苡仁、黄柏清热利湿；桂枝、桑枝、威灵仙、忍冬藤祛风通络，全方共秦清热祛风利湿之功。

加减法：关节红肿疼痛甚者，可加秦艽 18 克、延胡索 15 克；热盛伤津、口渴甚者，可加麦门冬 15 克、沙参 15 克。

2.湿热痹型。

主证：关节红肿热痛，或呈游走性疼痛，或风湿结节硬痛，身热不扬，口渴不欲饮，纳呆腹胀，多汗，舌红苔黄腻，脉濡数。

治法：清热利湿，宣通经络。

方药：宣痹汤加减。

防己 15 克，连翘 15 克，薏苡仁 30 克，黄柏 15 克，知母 12 克，苍术 15 克，桑枝 12 克，忍冬藤 30 克。

方解：方中防己、薏苡仁、苍术利水除湿；知母、连翘清热透邪；桑枝、忍冬藤宣通经络。诸药共奏清热利湿、宣通经络之功。

加减法：热邪偏盛，加大黄 12 克；下肢关节痛甚，加牛膝 15 克；伴皮下结节、环形红斑者加丹参 20 克、赤芍 15 克。

3.寒湿热痹型。

主证：关节局部红肿灼热，但又畏冷，得温则舒。晨起关节僵硬，活动后减轻，低热或不发热，舌红，苔黄白，脉弦滑数。

治法：清热散寒，祛风除湿。

方药：桂枝芍药知母汤加减。

桂枝 15 克，白芍 15 克，麻黄 8 克，白术 15 克，知母 15 克，熟附子 10 克，薏苡仁 30 克，桑枝 15 克，连翘 15 克，苍术 15 克。

方解：方中桂枝、熟附子温经散寒；麻黄祛风散寒；知母、连翘清热透邪；桑枝、白芍通络止痛；薏苡仁、苍术健脾利湿。全方共奏清热散寒、祛风除湿之功。

加减法：神疲乏力加黄芪 15 克；阴虚内热重者加生地黄 15 克；发热加生石膏 30 克（先煎）、黄柏 12 克；关节肿大加鸡血藤 30 克、防己 15 克、萆薢 30 克、忍冬藤 15 克。

4.痰瘀热痹型。

主证：关节肌肉灼热、肿胀、疼痛，病程较长，经久难愈，甚或关节变形，或见皮下结节、红斑、色紫暗，舌胖而暗，苔黄腻，脉滑数。

治法：清热化痰，祛瘀通络。

方药：痛风散合活络效灵丹加减。

当归 10 克，丹参 30 克，乳香 10 克，没药 10 克，忍冬藤 30 克，威灵仙 15 克，牡丹皮 10 克，胆南星 10 克，知母 15 克，法半夏 15 克。

方解：方中忍冬藤、牡丹皮、知母清透热邪；法半夏、胆南星燥湿化痰；当归、丹参、乳香、没药、威灵仙活血祛瘀、通络止痛。全方共奏清热化痰、祛瘀通络之功。

加减法：气虚者，加黄芪 15 克；痰多者可加白芥子 10 克；关节变形者，可加蜈蚣 3 条、全蝎 9 克、魔虫 9 克。

5.气血亏虚型。

主证：关节疼痛反复发作，日久不愈，面色少华，头晕乏力，心悸，腰膝冷痛，舌淡苔少，脉细弱。

治法：补气养血，佐以祛风通络。

方药：独活寄生汤加减。

独活 15 克，细辛 6 克，秦艽 12 克，桑寄生 15 克，杜仲 15 克，牛膝 15 克，当归 12 克，生地黄 15 克，人参 9 克（另炖），茯苓 15 克。

方解：方中人参、茯苓补气健脾；当归、生地黄养血活血；独活、细辛、秦艽祛风湿、通经络；桑寄生、杜仲、牛膝祛风湿兼补肝肾，全方共奏补气养血，祛风通络之功。

加减法：气虚甚，加黄芪 15 克、五味子 8 克；心烦不寐者，加枣仁 20 克、龙骨 30 克（先煎）、牡蛎 30 克（先煎）；阴虚明显者，可加沙参 15 克、知母 12 克、麦门冬 12 克。

典型病例：

陈××，女，18 岁。双肢关节红肿热痛两周。患者自诉一月前曾感冒，有发热、恶风、咽痛等，自服康泰克、银翘解毒片后症状消失，近两周来见双膝、肘、腕关节红肿、的痛，呈游走性，伴发热，口渴不欲饮，周身困重，小便黄，大便秘结，舌红苔黄腻，脉滑数。体查：体温 38.9℃，面色潮红，双肺呼吸音清、未闻干、湿啰音，心界不大，HR：118 次/分，律齐，心尖部可闻及 SM2°/6°，吹风样，肝脾未及，双膝、双肘及腕关节肿胀，潮红，局部压痛、灼热感。实验室检查：咽拭子培养溶血性链球菌（+），抗“0”＞500ü，ESR80㎜/h，CRP（+），心电图示：窦性心动过速，P—R 间期 0.24 秒，西医诊断为风湿热。中医诊断为痹证，辨证属湿热痹，洽以清热利湿、宣通经络为法。处方：防已 20 克、薏苡仁 30 克、黄柏 15 克、知母 12 克、苍术 15 克、桑枝 12 克、忍冬藤 30 克、大黄 12 克、威灵仙 15 克、黄芩 15 克，煎服 7 剂后，发热退，关节红肿热痛明显减轻，大便通。上方去大黄、

黄芩，加桑枝 15 克、牛膝 15 克，再服 14 剂，关节红肿消退，仅关节肌肉少许疼痛感，复查血沉已正常，心电图恢复正常。

二、西医治疗

1.一般治疗：应卧床休息、保暖、避寒，如无心脏损害，待血沉正常，即可起床活动，如心脏扩大、心包炎，则需在急性症状消失，血沉恢复正常后，继续卧床休息 3～4

2.控制链球菌感染：青霉素每次 80～160 万单位肌肉注射，每日 2 次，疗程 10～14 天，以后用长效青霉素 120 万单位，肌肉注射，每月 1 次，至少应预防注射 5～10 年。青霉素过敏者可改用红霉素 0.5 克，每日 4 次，疗程 2 周。

3.抗风湿药物治疗：

（1）无明显心脏炎者首选水杨酸盐：阿司匹林，每日 4～6g，分 3～4 次饭后口服；水杨酸钠，每日 6～8g，分 3～4 次饭后口服。

（2）对水杨酸制剂不能耐受，或无明显心脏症状，以关节炎为主要表现者，可选用其他抗风湿制剂：布洛芬 0.2～0.4g，每日 3 次；消炎痛 25～50mg，每日 3 次；炎痛喜康 20mg，每日 2 次。

（3）对风湿性心脏炎者，或用其他抗风湿药物治疗效果欠佳时，可应用肾上腺皮质激素，常用强的松每日 40～60mg，分 3 次服。症状基本消失后，逐渐减为维持量，每日 15～20mg，疗程一般为 8～12 周。严重心脏炎者，可静滴地塞米松每日 10～30mg，待症状控制后改用口服。

（严夏）

第五节病毒性心肌炎

病毒性心肌炎是病毒侵犯心脏，引起的心肌炎症性改变。

病毒性心肌炎在中医临床中属“温病”、“心悸”、“怔忡”、“胸痹”的范畴。

病毒性心肌炎多发于中青年，多伴发于流行性感冒等病毒感染之后。初起多有发热、咽痛、全身痠痛、腹泻等症状，据统计出现上呼吸道或肠道感染症状者高达 70%～95%。轻症时症状轻微且无特异性，常易被忽略，病毒性心肌炎到一定程度才出现胸闷、憋气、胸痛、心悸、乏力、气短、头晕等症状，少数患者有昏厥，重度心肌炎很快发生心力衰竭或心源性休克。

体证：心率增快与体温升高不相符，甚至体温正常而心率增快，心动过速，心尖区第一心音分裂或低钝，或闻及收缩期吹风样杂音，约半数以上病例有心律失常，较重病例有心脏扩大。

临床诊断依据：发病同时或 1～3 周前有上呼吸道感染、腹泻等病毒感染史，有明显乏力、面色苍白、心悸、气短、胸闷、头晕、心前区痛、手足凉等症状，出现急、慢性心功能不全，或心脑综合征，或有奔马律或心包摩擦音，或心脏扩大，或心电图示严重心律失常。

中医学认为病毒性心肌炎病位主要在心，与肺、脾、肾相关，本病是由外感六淫病毒，内伤饮食、先天禀赋不足等诸种因素作用于人体而发病。素体正气不足，感受邪毒之后，从鼻咽、卫表而入，先犯于肺，继侵心脉；或由口而入，先犯胃肠，蕴湿郁热，上犯于心，皆可损伤心之气血阴阳，耗气损阴，阴虚火旺，虚火妄动，上扰心胸而有心悸、怔忡、烦躁、失眠，心阳

虚衰，鼓动血脉无力，血脉不能周行于全身而有气短、乏力、血瘀，病久阴阳两庄，甚则喘促不止，猝然而死。

西医认为本病发病的主要原因是病毒感染，以肠道和呼吸道病毒，如柯萨奇、埃可、脊髓灰质炎、流感、腮腺炎病毒为最常见。可能是病毒对心脏的直接作用，侵犯心肌、心内膜和心包膜，并在细胞内繁殖，损伤细胞。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.急性期：又分轻症、重症。

（1）外感邪热型（轻症）。

主证：发热，身痛，头痛，咽痛，鼻塞流涕，咳嗽，胸痛，或见神疲乏力，气短，心悸，舌质淡红，苔薄白或薄黄，脉浮数或滑数。

治法：清热解毒，疏风宣肺。

方药：银翘散加减。

金银花 15 克，连翘 15 克，竹叶 10 克，牛蒡子 12 克，玄参 15 克，板蓝根 30 克，丹参 15 克，瓜蒌 15 克，生地黄 15 克，大青叶 15 克。

方解：本方以金银花、连翘清热宣肺；生地黄、大青叶、板蓝根清热解毒；竹叶、牛蒡子、玄参疏风宣肺利咽；瓜蒌、丹参宽胸活血。全方共建清热解毒，疏风宣肺之功。

加减法：热盛加黄芩 18 克、黄连 10 克；咳嗽痰多加杏仁 10 克、桔梗 8 克、胆南星 12 克；胸闷痛加郁金 12 克、延胡索 15 克。

（2）脾胃湿热型（轻症）。

主证：发热，身痛，恶心呕吐，腹胀痛，大便溏薄，或见心悸、气短，舌淡苔黄腻，脉滑。

治法：健脾利湿，清热解毒。

方药：温胆汤合葛根芩连汤加减。

法半夏 10 克，陈皮 10 克，茯苓 15 克，竹茹 15 克，胆南星 15 克，枳壳 12 克，黄芩 15 克，黄连 10 克，葛根 20 克，藿香 15 克。

方解：本方陈皮、茯苓、藿香健脾利湿；法半夏、胆南星、竹茹降逆止呕；葛根清热解表，升发脾胃清阳之气；黄芩、黄连清热燥湿；枳壳理气。共奏健脾利湿、清热解毒之效。

加减法：反胃呕吐甚者加丁香 6 克、生姜 10 克、白豆蔻 10 克；腹痛甚加木香 10 克、白芍 12 克。

（3）阳气虚衰型（重症）。

主证：起病急骤，除有外感、脾胃证候外，见心悸、喘促、胸痛、烦躁、面色苍白或发绀，尿少浮肿，严重时汗出不止，四肢厥冷，甚至抽搐，昏迷，舌质暗，苔薄，脉细或结代，甚至脉微欲绝。

治法：温肾纳气。

方药：济生肾气汤合苓桂术甘汤加减。

熟地黄 12 克，山茱萸 10 克，牡丹皮 15 克，茯苓 15 克，桂枝 12 克，熟附子 12 克，牛膝 12 克，泽泻 15 克，白术 15 克。

方解：本方以熟附子温补肾阳，桂枝温阳行气；熟地黄、山茱萸、牡丹皮、牛膝滋阴补肾；茯苓、白术、泽泻健脾行气利水。共奏温阳补肾、利水宁心之效。

加减法：心阳欲脱者加人参 10 克（另炖）、干姜 9 克；浮肿甚者加生姜 12 克、猪苓 20 克、陈皮 9 克；恶心呕吐、腹胀明显，加法半夏 15 克、陈皮 12 克。

2.慢性期。

（1）气阴两虚型。

主证：心悸怔仲，动则气短，面色苍白，周身乏力，胸闷，或午后低热，舌淡红，苔薄白，脉细或结代。

治法：益气养阴宁心。

方药：生脉散加味。

党参 20 克，麦门冬 15 克，五味子 6 克，生地黄 15 克，玄参 15 克，丹参 15 克，枣仁 20 克，茯苓 15 克，百合 15 克，黄精 15 克。

方解：本方党参、黄精、茯苓益气健脾；麦门冬、玄参、生地黄滋养心阴；枣仁、百合、五味子宁心安神；丹参活血通络。

加减法：气虚甚加黄芪 15 克、太子参 25 克；伴低热加地骨皮 15 克、青蒿 12 克；胸闷加郁金 15 克、枳壳 12 克；失眠加柏子仁 12 克、远志 10 克。

（2）心阳不振型。

主证：心悸，气短，神疲乏力，形寒肢冷，面色苍白，尿少浮肿，舌淡苔白，脉沉细或结代。

治法：温阳益气利水。

方药：苓桂术甘汤合参附汤加减。

桂枝 15 克，白术 12 克，茯苓 15 克，人参 10 克（另炖），干姜 10 克，熟附于 10 克（先煎），肉苁蓉 15 克，补骨脂 12 克，泽泻 15 克，炙甘草 10 克。

方解：桂枝温阳化气；熟附子、干姜温阳补肾；肉苁蓉、补骨脂补肾；人参大补元气；茯苓、白术、泽泻健脾利水；甘草炙用，甘温益气，通经脉。全方共奏温阳益气利水之功效。

加减法：喘促甚加肉桂 3 克（焗服）、葶苈子 15 克；浮肿明显加防己 15 克、车前子 15 克；胸闷痛加延胡索 15 克、沉香 12 克、郁金 15 克；失眠加枣仁 20 克、柏子仁 12 克、远志 10 克。

（3）气滞血瘀型。

主证：心悸气短，胸闷胸痛，痛有定处，舌苔薄白，质暗有瘀点瘀斑，脉弦细。

治法：理气活血通络。

方药：血府辽瘀汤加减。

当归 10 克，川芎 12 克，赤芍 15 克，桃仁 15 克，红花 10 克，枳壳 12 克，郁金 15 克，牛膝 15 克，柴胡 15 克。

方解：方中当归、川芎、赤芍、桃仁、红花活血祛瘀而通血脉；柴胡、枳壳、郁金、牛膝调畅气机、开胸通阳、行气活血。诸药共成祛瘀通络、行气止痛之剂。

加减法：气虚甚去柴胡、枳壳，加黄芪 15 克、人参 10 克（另炖）、黄精 20 克；心痛甚加五灵脂 12 克、蒲黄 12 克。

典型病例一：

李××，男，30 岁。心悸、气短、胸闷痛三天。半月前发热、微恶寒，

全身痠痛，咽痛，咳嗽，经服感冒灵、银翘解毒片等治疗，全身痠痛缓解，余症消失。三天前因过度疲劳出现心悸、气短、胸闷胸痛、自汗乏力，小便量少，下肢轻度浮肿，舌质淡，苔白，脉弦细。查体：神疲，面色㿠白，第一心音低钝，心尖区闻及 SM3°/6°，心电图示 P—R 间期为 0.24 秒。中医辨证属心阳不振，心脉瘀阻，治宜温阳益气，活血通络，方药用苓桂术甘汤合参附汤加减：桂枝 15 克、干姜 12 克、白术 15 克、茯苓 15 克、人参 10 克（另炖）、熟附子 10 克、白芍 15 克、泽泻 15 克、丹参 20 克、郁金 15 克、补骨脂 12 克、炙甘草 10 克，每日 1 剂，连服 12 剂后心慌心悸、气短、胸痛减轻，浮肿消失，再服 12 剂，全部症状消失，但心电图 P—R 间期仍为 0.24 秒。继守上方，改为隔日 1 剂，连服 2 个月，心电图恢复正常。嘱再服一月以巩固疗效。随访一年，未再复发。

典型病例二：

刘××，女，35 岁，干部。自述心慌、气短、低热 2 月余。曾在某医院住院治疗一个月，诊断为“病毒性心肌炎”，经治疗后病情稍改善，仍有心胸闷痛，心悸，气短，倦怠乏力，面色不华，午后低热，舌淡苔白，脉沉细结代，心电图示 ST—T 改变。证属气阴两虚，治宜益气养阴、宁心安神，处方：党参 20 克、麦门冬 12 克、五味子 6 克，玄参 15 克、酸枣仁 15 克、柏子仁 10 克、黄精 15 克、地骨皮 15 克、鳖甲（先煎）15 克、甘草 6 克，水煎服.每日 1 剂。服药一周后，胸闷痛减轻，胃纳增，夜寐安，守方治疗共 2 个月诸证悉除，查心电图未见异常。

（二）中成药治疗。

1.抗病毒口服液，每次 1 支，每日 3 次，功效：清热祛湿，凉血解毒。

2.清开灵口服液，每次 1 支，每日 3 次，功效：清热解毒。

3.板蓝根冲剂，每次 1 包、每日 3 次，功效：清热解毒凉血。

4.柴胡注射液，4ml，肌注，每日 2 次，功效：退热。

5.丹参注射液，2ml，肌注，每日 2 次，功效：活血通

6.清开灵注射液，80ml，稀释后静滴，每日 1 次，功效：清热解毒。

7.参麦液，60ml，稀释后静滴，每日 1 次，功效：益气养阴。

二、西医治疗

（一）休息。

本病患者应充分休息，轻症在心率、心律、心脏大小和心功能恢复正常后，至少还需休息 3 个月，重症应休息半年至 1 年，直到心脏完全恢复正常。

（二）改善心肌营养与代谢。

1.Co-Q_{10}mg，口服，每日 3 次。

2.肌苷片 0.2 克，口服，每日 3 次。

3.Co-A，100ü，肌注，每日 2 次。

4.FDP，10g，静滴，每日 1 次。

（三）糖皮质激素应用。

1.应用指征：①严重心律失常，尤其在出现房室传导阻滞或心源性脑缺氧综合征时。②心脏扩大伴急性心力衰竭者。③多脏器病变伴有高热或休克倾向者。

2.用法：①大剂量短程疗法（3～7 日），地塞米松 10～20mg 静滴，每日 1 次。②慢性复发病例或心功能不全者，采用小剂量长程疗法（3～6 月），强的松 15～35mg 口服，每日 1 次，或地塞米松 1.5～5mg 口服，每日 1 次。

（四）控制心功能不全。

病毒性心肌炎合并心衰者极易引起洋地黄中毒，应采用作用快、排泄快的洋地黄制剂，而且剂量宜小。

（五）免疫调节竖应用。

1，胸腺素 10㎎，肌注，隔日 1 次，2～3 月为一疗程。

2.干扰素 INF，15000～25D00 单位，肌注，每日 1 次，14 天为 1 疗程。

（六）起搏器的应用。

适甩于病窦综合征及Ⅱ度以上房室传导阻滞。伴有心源性脑缺氧综合征发作者，如药物治疗不能缓解，可考虑安装永久性起搏器。

（严夏）

第六节高血压病

高血压病又称原发性高血压，是指以动脉血压升高为主要临床表现的疾病。本病应与继发性高血压（或称症状性高血压）相鉴别。1979 年我国采纳 1978 年世界卫生组织建议的血压判别标准：①正常成人血压的收缩压≤21.3kpa，舒张压≤12kpa。②成人高血压力收缩压≥21.3kpa，及/或舒张压≥12.7kpa。③临界高血压指血压数值在上述二者之间。

高血压病在中医临床上属“眩晕”、“头痛”等范畴。

高血压病按起病缓急和病程进展，可分为缓进型和急进型，临床所见绝大多数为缓进型（以下所述均为缓进型高血压病）。缓进型高血压病的主要临床表现是起病缓慢，早期多无症状，偶于体格检查时发现血压增高，或在精神紧张、情绪波动或劳累时有头晕眼花、头胀头痛、耳鸣、失眠、心悸、健忘、乏力、注意力不集中等症状。症状与血压增高程度常不一致，可能由高级神经失调所致。早期血压仅暂时升高，随病程进展血压持久增高，并有心脑肾等靶器官受损表现。

根据 1979 年全国心血管流行病学及人群防治座谈会制订的标准,按心脑肾等靶器官受损的程度，临床上把高血压病分为三期（1） I 期：血压达确诊高血压水平，临床无心、脑、肾表现。（2）II 期：血压达确诊高血压水平，并有下列一项者：①体检、X 线、心电图或超声心动图示左心室肥大；②眼底检查示眼底动脉普遍或局部狭窄；③蛋白尿或血浆肌酥浓度轻度提高。(3) III期：血压达确诊高血压水平，并有下列一项者：①脑出血或高血压脑病；②左心衰竭；③肾功能衰竭；④眼底出血或渗出，伴或不伴有视神经乳头水肿。

中医学认为高血压病的主要病因，常与情志失调、饮食不节、内伤虚损等因素有关，其病位与肝、肾、脾密切相关。长期精神紧张或恼怒忧思，致肝失条达，肝气郁结，郁久化火，肝火上炎，扰动清窍，故可出现头晕头痛。劳倦过度或年老肾亏，肾阴虚损，水不涵木，致肝阴失养、阴不敛阳、肝阳偏亢，上扰清窍，而致头晕头痛。另外，恣食肥甘或饮食过度，损伤脾胃，脾失健运，聚湿生痰，痰湿中阻，则清阳不升，浊阴不降，发为眩晕头痛。

西医对高血压病的病因、发病机理尚未完全明了。其病因可能与年龄、职业和环境、家族和遗传、食盐过多等因素有关。发病机理目前认为主要与中枢神经系统及内分泌体液调节功能紊乱有关。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.肝阳上亢型。

主证：眩晕头痛，耳鸣，每因烦劳或恼怒而症状加剧，面红目赤，急躁易怒，口干口苦，尿赤便秘，舌红苔黄，脉弦数。

治法：平肝潜阳，清火熄风。

方药：天麻钩藤饮加减。

天麻 10 克，钩藤 15 克，石决明 30 克（先煎），牛膝 15 克，杜仲 15 克，桑寄生 15 克，黄芩 10 克，栀子 10 克，夜交藤 10 克，茯神 10 克。每天 1 剂，水煎服。

方解：本方以天麻、钩藤、石决明平肝潜阳；黄芩、栀子清肝泻火；牛膝、杜仲、桑寄生滋补肝肾；夜交藤、茯神宁心安神。共奏平肝潜阳，清火熄风之功。

加减法：头痛眩晕甚者，加菊花 15 克，夏枯草 15 克，刺蒺藜 12 克；大便秘结者，加大黄 6 克（后下）。偏于火盛、目赤、口苦、舌苔黄燥者，加龙胆草 10 克、牡丹皮 12 克。

典型病例：

杜××，男，50 岁，干部。平素性情急躁，1 年多前反复出现头晕眼花、头胀头痛等症，多次测血压升高。近 1 周来因事恼怒，头晕头痛加剧，面红，烦躁失眠、口干口苦，小便短赤，舌红苔黄，脉弦数。体查：Bp.24/13kpa，心浊音界不大，心率 82 次/分，律整。各瓣膜区未闻及病理性杂音。本证属肝阳上亢型，拟天麻钩藤饮加减治疗。处方：天麻 10 克。钩藤 15 克、石决明 30 克（先煎），牛膝 15 克，桑寄生 15 克，黄芩 10 克，栀子 10 克，夏枯草 15 克，菊花 15 克，夜交藤 15 克，茯神 15 克。每天 1 剂，水煎服，连服 5 天，头晕头痛等症明显减轻，血压降至 20/11kpa。

2.阴虚阳亢型。

主证：眩晕头痛，腰膝痠软，耳鸣健忘，五心烦热，心悸失眠，舌质红，苔薄白或少苔，脉弦细数。

治法：育阴潜阳。

方药：杞菊地黄丸加减。

枸杞子 15 克，菊花 15 克，熟地黄 15 克，山茱萸 10 克，山药 15 克，牡丹皮 10 克，茯苓 15 克，牡蛎 30 克（先煎），天麻 10 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中以枸杞子、熟地黄、山茱萸、山药、茯等等滋养肝肾；菊花、牡丹皮、天麻、牡蛎平肝潜阳，清泻肝火，共奏育阴潜阳之功。

加减法：若肝阳上亢较甚症见面红目赤，急躁易怒者，加钩藤 15 克、石决明 30 克（先煎）；若肝肾阴虚较甚，症见腰膝痠软、疲乏耳鸣、五心烦热者，加黄精 15 克、龟板 15 克（先煎）、鳖甲 15 克（先煎）。

典型病例：

余××，男，70 岁，近 5 年来发现血压升高，反复出现头晕头痛等症，平素常觉腰痠腿软，耳鸣健忘，心悸心烦，失眠多梦，舌红少苔，脉细数。体查测血压为 22/12.5kpa。本证属阴虚阳亢型，拟杞菊地黄丸加减治疗。处方：枸杞子 15 克、菊花 15 克、熟地黄 15 克、山茱萸 10 克、山药 15 克、天麻 10 克、黄精 15 克、龟板 20 克（先煎）、牡蛎 30 克（先煎），连服 10

剂，诸症明显减轻，血压降为 18/11kpa。

3.阴阳两虚型。

主证：眩晕头痛，耳鸣如蝉，心悸气短，腰痠腿软，夜尿频多，失眠多梦，筋惕肉瞤，畏寒肢冷，舌淡或红，苔白，脉沉细或细弦。

治法：育阴助阳。

方药：二仙汤加减。

仙茅 10 克，仙灵脾 10 克，当归 10 克，巴戟天 10 克，女贞子 15 克，枸杞子 15 克。每天 1 剂，水煎服。

方解：仙茅、仙灵脾、巴戟天温补肾阳，当归、女贞子、枸杞子滋养肾阴，两者合用，阴中求阳，阳中求阴，共奏育阴助阳之功。

加减法：若症见手足心热、口燥咽干、舌红少苔、脉细数等虚火上炎者，加知母 10 克、黄柏 10 克、龟板 15 克（先煎）；若畏寒肢冷、小便清长、面色㿠白者，加鹿角胶 15 克（烊化）、杜仲 15 克、金樱子 15 克。

典型病例：

林××，女，82 岁，年轻时多生育。55 岁时发现患有高血压病，但较少治疗。近 1 年多来症状加剧，常觉头晕眼花，头痛，耳鸣，神疲乏力，面色㿠白，畏寒肢冷，腰膝痠软，夜尿频多，舌淡苔薄白，脉沉细。测血压 18/13kpa。本证属阴损及阳，阴阳两虚型。目前以肾阳亏虚为主，拟二仙汤加减治疗。处方：仙茅 10 克、仙灵脾 10 克、巴戟天 10 克、当归 10 克、鹿角胶 10 克（烊化）、杜仲 15 克、金樱子 15 克、熟附子 6 克。每天 1 剂，水煎服。连服 1 个月，症状大减，血压也恢复正常。

4；痰湿壅盛型。

主证：眩晕头痛，头重如裹，胸闷腹胀，心悸失眠，口淡纳呆、呕吐痰涎，舌苔白腻、脉滑。

治法：祛痰化湿。

方药：半夏白术天麻汤加味。

法半夏 10 克，白术 10 克，天麻 10 克，陈皮 5 克，茯苓 15 克，甘草 5 克，石菖蒲 6 克，郁金 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以法半夏、陈皮、茯苓、甘草（二陈汤）化湿祛痰；白术健脾；天麻熄风；石菖蒲、郁金行气通阳开窍，是标本兼顾之治法。

加减法：若眩晕较甚、呕吐频作者，加代赭石 30 克（先煎）以镇逆；若胸闷腹胀、口淡纳呆者、加白蔻仁 8 克（后下）、砂仁 6 克（后下）化浊开胃。

典型病例：

李××，男，45 态。体胖，嗜食肥甘厚味，近半年来时见头晕头重，胸闷腹胀，口淡纳呆，时吐痰涎，舌苔白腻，脉滑。测得血压 21/13kpa。本证属痰湿壅盛型，拟半夏白术天麻汤加味治疗。处方：法半夏 10 克、陈皮 6 克、茯苓 15 克、甘草 5 克、白木 10 克、天麻 10 克、砂仁 8 克（后下）、白蔻仁 8 克（后下），煎服 7 剂，头晕头重减轻，余诸症基本消失。

（二）中药敷贴外治法：

1.用吴茱萸末 3 克，用陈醋调和，敷双侧涌泉穴，胶布固定。每天换药 1 次，10 天为一疗程。

2.用吴茱萸末 2 克，用陈醋调和，敷神阙窗，用胶布固定。每天换药 1 次，10 天为一疗程。

二、西医治疗

（一）一般治疗。

1.注意休息，保持心情舒畅。进行适当的锻炼、劳逸

2.饮食宜清淡。戒烟戒酒。

（二）降压药物治疗。

随着对高血压病研究的不断深入，许多旧的观点已被新的概念所代替，近年来，美国全国高血压普查治疗委员会推荐的新阶梯式用药程序中，第一阶梯用药有下列四大类供选择。

1.利尿剂：速尿 20㎎，每天 2～3 次，口服；安体舒通 20㎎，每天 2～3 次，口服；双氢克尿噻 25㎎，每天 2～3 次，口服；氨苯喋啶 50㎎，每天 2～3 次，口服。

2.β受体阻滞剂：心得安 10～20㎎,每天 3 次,口服；倍他乐克 25～50㎎，每天 2 次，口服。

3.钙拮抗剂：心痛定 10㎎，每天 3～4 次，口服；拜心通 30㎎，每天 1 次，口服。

4.血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）：开博通 12.5～25㎎，每天 3 次，口服。

在临床上，应根据不同的高血压病者的具体情况选择最合适的药物、剂量和途径，进行个体化治疗，才能获得良好的疗效。

（金卓祥）

第七节冠状动脉粥样硬化性心脏病

冠状动脉粥样硬化性心脏病，简称冠心病。心绞痛是冠状动脉供血不足，心肌急剧的、暂时的缺血缺氧所引起的临床症候。

心绞痛在中医临床中属于胸痹、心痛、厥心痛等病证范畴。

典型的心绞痛临床表现是突然发生的位于胸骨体上段或中段之后的压榨性、闷胀性或窒息性疼痛，亦可能波及大部分心前区、可放射至左肩、左上肢前内侧，达无名指和小指，疼痛历时 1～5 分钟，很少超过 15 分钟，休息或含服硝酸甘油片 1～2 分钟内（偶超过 5 分钟）迅速消失。常有一定的诱因，如劳累、情绪激动、受寒、饮食、吸烟等。

不典型心绞痛可位于胸骨下段，左心前区或上腹部，放射至颈、下颌、左肩胛部或右前胸，疼痛可很轻或仅有左前胸不适发闷感。

心绞痛病人往往伴有表情焦虑，沉闷感，重者可伴脸色苍白，出冷汗及濒死感。患者被迫停止原有动作以手抚胸。心绞痛发作时，血压可略增高或降低，心率可正常，增快或减慢，可有房性或室性奔马律，心尖区可有收缩期杂音，第二心音逆分裂，还可有第四心音、交替脉或心前区抬举性搏动等体征。

根据国际心脏病学会和协会及世界卫生组织的命名和诊断标准，心绞痛可分为劳累性和自发性两大类，结合近年对心绞痛病人的观察，现将心绞痛分为三大类。1.劳累性心绞痛：其特征是由运动或其他增加心肌需氧量情况所诱发的短暂胸痛发作。可分为 3 种类型。

（1）初发型：劳累性心绞痛病程在一个月以内，过去未发生过心绞痛或心肌梗塞，过去有过但已数月未发而又再发者。

（2）稳定型：劳累性心绞痛稳定在一个月以上。

（3）恶化型：是指同等程度劳累所诱发的胸痛发作次数、严重程度及持续时间突然加重。

2.自发性心绞痛：其特征是胸痛发作与心肌需氧量的增加无明显的关系。与劳累性心绞痛相比，这种疼痛一般持续时间较长、程度较重，且不易为硝酸甘油缓解。未见酶学变化，心电图常出现某些暂时性 ST 段压低或 T 波改变。自发性心绞痛可单独发生或与劳累性心绞痛合并存在。

某些自发性心绞痛患者的发作时出现暂时性的 ST 段抬高,常称变异性心绞痛（心肌梗塞早期者除外）。

初发劳累性心绞痛、恶化性心绞痛及自发性心绞痛常统称为“ 不稳定型心绞痛 ”。

国内学者根据心绞痛的发作特点、预后及可供选择的治疗方法将自发性心绞痛分为卧位型心绞痛、变异型心绞痛、中间综合证及梗塞后心绞痛四种类型。

3.混合性心绞痛：劳累性和自发性心绞痛混合出现，由冠状动脉的病变使冠状动脉血流贮备固定减少，同时又发生短暂的再减损所致，兼有劳累性和自发性心绞痛的临床表现。

临床诊断依据：男性 40 岁以上，女性 45 岁以上，有高血压、高脂血压、糖尿病及吸烟等易患因素。临床有典型心绞痛发作。心电图表现为以 R 波为主的导联中，出现缺血性 ST 段压低，T 波平坦或倒置（变异型心绞痛者则有 ST 段抬高），必要时作心电图负荷试验或 24 小时动态心电图连续监测。诊断有困难者，可作放射性核素检查或选择性冠状动脉造影。

中医学认为冠心病心绞痛，其病位在心，与肝、脾、肾三脏盛衰相关。其病机责之于“ 本虚标实 ”。本虚者，因年老体弱、先天不足、思虑过度、耗伤心脾引起阴阳气血不足，尤以气阴两虚多见；标实者，系膏粱厚味、七情、寒邪产生之气滞、血瘀、痰浊、寒凝、热结、阻遏胸阳，闭塞心络，痹而致痛。

西医认为本病的发病主要原因是由于冠状动脉粥样硬化引起。少数由于冠状动脉口狭窄的其他病变，如主动脉狭窄或关闭不全，梅毒性主动脉炎、冠状动脉炎、冠状动脉起源畸形，冠状动脉痉挛引起。此外，严重贫血，甲状腺功能亢进，高血压及其他原因引起的心肌肥厚扩张，阵发性心动过速等，凡能增加心肌耗氧量，即使无冠状动脉病变，也可以造成冠状动脉相对供血不足而发生心绞痛。

［治疗］

一、中医治疗

（一）急救处理。

心绞痛发作时，常用冠心苏合丸 1～2 丸嚼碎含化，速效救心丸每次含服 1～3 丸；活心丸每次 1～2 丸含服或吞服；或心痛乐气雾剂，对准舌下，每次喷雾 1～2 下。重度心痛或上述止痛无效者，可配合吸氧或选用川芎嗪注射液、丹参注射液、血栓通注射液、葛根素注射液静滴。

（二）分型治疗。

1.心血瘀阻。

主证：心胸剧痛，如刺如绞，痛处固定，入夜更甚，心悸不宁，舌紫暗或有瘀斑，脉沉涩或结代。

治法：活血化瘀，通脉止痛。

方药：活血通脉汤。

桃仁 12 克，红花 12 克，赤芍 12 克，川芎 15 克，牛膝 15 克，枳壳 12 克，桔梗 12 克，附香 6 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以桃仁、红花、赤芍、川芎活血化瘀，以通心脉；桔梗、枫壳与牛膝、附香调畅气机，行气止痛。全方配合共奏活血化瘀，通脉止痛之功。

加减法：心痛甚者，可加乳香 6 克、没药 6 克、延胡索 9 克以法瘀止痛；气滞明显者，加檀香 9 克、沉香 9 克；痛剧伴恶寒，肢冷者加肉桂 1.5 克（焗服）、桂枝 12 克。

典型病例：

陈×，男，50 岁。因反复心前区闷痛 4 年余，曾经西医确诊为冠心病，服中西药治疗，时发时止，未见好转。一个月前因突然左胸剧痛，而确诊为“心肌梗塞”，经治症状缓解。现症见胸闷，时作刺痛，痛处固定不移，心悸，舌暗，舌下瘀紫，脉沉紧。中医诊断：胸痹，心血瘀阻证。拟活血通脉汤加减治疗。处方：桃仁 12 克、红花 12 克、赤芍 12 克、川芎 15 克、牛膝 15 克、桔梗 12 克、枳壳 12 克、降香 6 克、郁金 12 克、延胡索 9 克，连服 7 剂，胸痛明显减轻，然后以本方为主加减进退，调理月余，诸症消失。

2.痰浊闭阻。

主证：胸闷如窒而痛，痛引肩背，气短喘促，肢体沉重，体胖多痰，舌苔浊腻，脉弦滑。

治法：化痰泄浊，通阳开结。

方药：涤痰通脉汤。

陈皮 10 克，法半夏 12 克，全瓜蒌 12 克，枳实 10 克，竹茹 10 克，薤白 12 克，桂枝 10 克，每日 1 剂，水煎服。

方解：方中陈皮、法半夏、金瓜蒌、竹茹、枳实能化痰泄浊，开胸中痰结；薤白、桂枝能温通胸阳。全方合用，能达到化痰泄浊，通阳开结之效。

加减法：痰浊甚者，加石菖蒲 9 克、厚朴 12 克；痰多咳嗽者加杏仁 12 克、茯苓 12 克；痰黄者胆南星 12 克、黄连 9 克、竹黄 12 克；兼血瘀者，加丹参 20 克、川芎 12 克、红花 12 克以活血祛瘀。

典型病例：

李×，女，54 岁。体形肥胖。患冠心病心绞痛 5～6 年，心前区疼痛每日 2～3 次，伴胸闷气短，心中痞塞，恶心欲呕，肢体沉重，苔腻，脉弦滑。本证属于痰浊内阻证。拟涤痰通脉汤加减治疗。处方为：陈皮 10 克、法半夏 12 克、全瓜蒌 12 克、枳实 10 克、竹茹 10 克、薤白 12 克、桂枝 10 克、香附 12 克，服上方 2 月余，心前区疼痛偶发，胸闷气短消失。心电图 V4～6T 波由倒置转为低平，sT4—6 由下移 0.1㎷ 基本恢复正常。

3.寒凝心脉。

主证：胸痛彻背，感寒痛甚，胸闷气短，心悸喘息，面色苍白，四肢厥冷，出冷汗。舌苔白，脉沉迟。

治法：祛寒活血，宣痹通阳。

方药：通脉四逆汤。

当归 12 克，桂枝 12 克，通草 6 克，细辛 3 克，熟附子 10 克，薤白 12 克，檀香 3 克（后下）。每日 1 剂，水煎服。方解：方中桂枝、附子、薤白、

细辛能辛温通阳，开痹散寒；檀香理气温中；当归活血补血；更加通草以通其脉。全方配合具有祛寒活血，宣痹通阳之功效。

加减法：寒甚者，加蜀椒 6 克、荜拔 12 克；痛剧者，宜苏合香丸以芳香温通止痛。痰湿内盛者，加生姜 3 片、陈皮 9 克、茯苓 15 克、杏仁 12 克以行气化痰。

典型病例：

何×，女，58 岁。心前区疼痛已 10 年余，数月来加重，每日疼痛发作 3～5 次不等，含服硝酸甘油才能缓解。现胸闷心痛，感寒痛甚，怕冷，四肢厥冷，肢肿腰痠，心悸喘息，胸痛彻背，舌白，脉沉迟。心电图示慢性冠状动脉供血不足。本证属于寒凝心脉。拟通脉四逆汤加减治疗。处方为：当归 12 克、桂枝 12 克、通草 6 克、细辛 3 克、熟附子 10 克、薤白 12 克、檀香 3 克（后下）、补骨脂 20 克，服上方 10 天后，疼痛明显减轻，以上方为主加减调理 3 月余，心绞痛、心悸喘息及肢肿基本消失。

4.气阴两虚。

主证：胸闷隐痛，时发时止，心悸气短，倦怠懒言，面色少华，头晕目眩，遇劳则甚，舌偏红或有齿印，脉细无力或结代。

治法：益气养阴，滋阴通脉。

方药：滋阴通脉汤。

人参 20 克（另炖），黄芪 20 克，麦门冬 10 克，五味子 6 克、白术 15 克，茯苓 15 克，葛根 24 克，熟地黄 12 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中人参、黄芪、白术、茯苓以益气，助生化之源；熟地黄、麦门冬、五味子能滋阴复脉固脱；葛根能舒筋活络，扩张心脉。全方合用，共奏益气养阴、滋阴通脉之功。

加减法：若胸闷胸痛，加丹参 15 克、三七末 3 克（冲服）、益母草 30 克、郁金 15 克活血化瘀；阴虚甚者加玉竹 15 克；气虚甚者重用黄芪 30 克，加山药 15 克、炒扁豆 12 克。

典型病例：

张×，男，57 岁，工人。患冠心病心绞痛 10 年余，常感胸闷气短，心前区翳闷，时发时止，间有疼痛，易出汗，面红，失眠，头晕目眩，遇劳为甚，大便干结，舌偏红，脉细无力。心电图示慢性冠状动脉供血不足。本证属气阴两虚，拟滋阴通脉汤加减治疗。处方：人参 20 克（另炖）、黄芪 20 克、麦门冬 10 克、五味子 6 克、玉竹 30 克、天花粉 20 克、白术 15 克、茯苓 15 克、葛根 24 克、熟地黄 12 克。经 3 个月治疗，诸症好转，心电图恢复正常。

5.心肾阴虚。

主证：胸闷胸痛，心悸盗汗，心烦不寐，腰膝痠软，眩晕耳聋，舌红津少或有紫斑，脉细数或细涩。

治法：滋阴补肾，养心安神。

方药：左归饮加减。

熟地黄 15 克，山药 12 克，山茱萸 10 克，枸杞子 10 克、茯苓 15 克，酸枣仁 15 克，甘草 6 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中熟地黄、山茱萸、枸杞子滋阴益肾；山药、茯苓、甘草以健脾助生化之源；酸枣仁以养心安神。全方合用共奏滋阴补肾，养心安神之功。

加减法：若阴虚明显者，加麦门冬、柏子仁、五味子；胸闷痛者，加当

归、郁金、川芎、丹参；头目眩晕肢麻者加制首乌、女贞子等。

6.阳气虚衰。

主证：胸闷气短，或胸痛时作，心悸汗出，形寒肢冷，面色苍白，唇甲青紫，舌淡白或紫暗，脉沉细或细微欲绝。

治法：益气温阳，活血通脉。

主药：参附汤加味。

人参 15 克（另炖），熟附子 15 克，桂枝 12 克，生姜 12 克。每日 1 剂，水煎服。必要时加服 1 剂。

方解：方中人参大补元气；熟附子、桂枝、生姜助温壮真阳，全方共奏益气温阳通络之功。

加减法；若心阳欲脱，可重用高丽参、龙骨 30 克（先煎），牡蛎 30 克（先煎）以回阳救逆固脱；若阴阳两虚，加麦门冬 15 克、五味子 12 克；若肾阳虚夜尿较多者可加锁阳 12 克、巴戟天 15 克、鹿角胶 12 克（烊服）；若肾阳虚水气凌心射肺，则可加白术 15 克、茯苓 20 克、白芍 15 克以温阳利水。

（三）其他治疗。

1.成药：地奥心血康胶囊 200㎎，一日 3 次，连服 3 周后改为 100㎎，一日 3 次。心可舒或血栓心脉宁胶囊 4 片，一日 3 次，或复方丹参滴丸 10 粒口服，一日 3 次。2.针灸：主穴两组，膻中与内关，巨阙与间使。交替转换，每日计灸 1 次，获得针感留针 15 分钟，10 次为一疗程。

二、西医治疗

（一）发作时治疗。

应立即停止活动，如症状不减轻者，可用抗心绞痛药物治疗。

1.硝酸甘油片：0.3～0.6㎎，舌下含化，1～2 分钟起效，约持续半小时后作用消失。副作用有头晕头痛，面红、心悸、体位性低血压等。

2.二硝酸异山梨醇酯（消心痛）：每次 5～10㎎，舌下含服，2～5 分钟见效，作用持续 2～3 小时。

3.亚硝酸异戊酯：每支 0.2㎖，临用时以手帕包裹敲碎，立即盖于鼻部吸入，10～15 秒钟生效，几分钟即消失。其降压作用明显，易引起头痛，甚至晕厥，宜慎用。

在应用上述药物同时，可考虑用镇静药。

（二）缓解期治疗。

1.硝酸酯制剂：消心痛 5～10㎎，一日 3 次，或单硝酸异山醇酯 20㎎，每日 2～3 次，四硝酸戊四醇酯 10～30㎎，每日 3～4 次口服，长效硝酸甘油每次 2.5㎎，8 小时服一次，或用 2%硝酸甘油油膏或贴膏（含 5～10㎎），涂或贴在胸前或上臂皮肤。

2.β受体阻滞剂：心得安 10㎎，一日 3 次，可增加至每日 100～200㎎，美多心安（倍他乐克）50～100㎎，每日 3 次，氨酰心安 25㎎，每日 2 次；醋丁酰心安 200～400㎎，每日 3 次，萘羟心安 80～240㎎，每日 1 次等。

β受体阻滞剂与硝酸酯有协同作用，同用时要减少坚量，以防体位性低血压等不良反应。停用β阻滞剂时应逐渐减量，如突然停药，有诱发心肌梗塞的可能。心功能不全、支气管哮喘以及心动过缓不宜用。

3.钙拮抗剂：异搏定 80～160㎎，每日 3 次；硝苯啶（心痛定）10～20㎎，每日 3 次，亦可舌下含服；地尔硫　30～90㎎，每日 3 次；其他尚有尼卡地平 20㎎，每日 3 次，尼索地平 20㎎，每日 2 次，尼群地平 20～40㎎，每日 1～

2 次。

治疗变异型心绞痛以钙通道阻滞剂的疗效最好，可与硝酸酯类同服。β受体阻滞坚可与心痛定合用，但异搏定和地尔硫 与β阻滞剂合用则有过度抑制心脏的危险。副作用有头痛头晕，心动过缓，血压下降等。停用本类药时也宜逐渐减量然后停药，以免发生冠状动脉痉挛。

4.冠状动脉扩张剂：潘生丁 25～50mg，每日 3 次，但可引起“冠状动脉窃血”现象。脉导敏 1～2mg，每日 2～3 次；乙胺碘呋酮（胺碘酮）100～200mg，每日 3 次；乙酯黄酮（心脉舒通）30～60n1g，每日 2～3 次，其他尚有乙胺香豆素（延通心）75～150mg，每日 3 次。

5.抗凝治疗：目前多数学者不主张对冠心病心绞痛进行长期抗凝治疗，但对发作频繁的梗塞前心绞痛，可进行短期抗凝治疗。肝素 100mg，每 8～12 小时肌肉在射一次，维持其凝血时间 20～30 分钟（试管法）直到症状消失或缓解。

6.手术治疗：其目的在于使缺血部分的心肌重新获得充足的血供。近年来国外广泛应用且取得一定疗效的是主动脉——冠状动脉旁路手术。大多数病人（80%～90%）术后心绞痛明显缓解，劳动耐量改善，可维持数年之久。对左冠状动脉主干高度狭窄的患者，手术可能延长寿命。

7.其他疗法：低分子右旋糖酐，每日 250～500ml，静脉滴注 14～30 天为一疗程，能改善血流的粘滞性及微循环，可用于心绞痛频繁发作。高压氧治疗及体外反搏能缓解心绞痛发作，也可考虑应用。

（尹克春）

第八节高脂血症

高脂血症是指空腹血浆或血清中一种或多种血脂成分浓度增高超过正常值高限状态。由于大部分脂质与血浆蛋白结合而运转全身，高脂血症常反映于高脂蛋白血症。血浆脂蛋山超过正常值高限时称高脂蛋白血症。

中医学虽无本病名称，但类似本病的症候散见于历代医学文献中。根据本病临床表现特点，将其归属于“痰证、湿阻、胸痹、眩晕”等范畴。

高脂蛋白血症主要临床表现为原发性者往往在童年甚至婴儿期发病。多数患者属于继发性而伴有某种原发病。除原发病表现外，根据不同的临床类型，可能见到黄色瘤，肥胖，老年环，及阵发性腹痛等。血脂增高显著者可出现高粘血症表现。实验室检查表现为血脂增高、贮蛋白及葡萄糖耐量异常。

临床上按病因分为二大类：①原发性者，病因未明，大多属于家族性。②继发性者，多见于多种疾病。分类如下：

1.高胆固醇血症。

①原发性：家族性高胆固醇血症。

②继发性：糖尿病，动脉粥样硬化，肾病综合怔，粘液水肿。

2.高甘油三酯血症。

①原发性：原因未明性高甘油三酯血症。

②继发性：重度糖尿病、动脉粥样硬化，肾病综合征，慢性胰腺炎，脂肪肝，糖原累积病及妊娠等。

3.高异常脂蛋白血症。

①各种原因引起的肝内外胆道梗阻，胆汁瘀积性肝胆病包括肝内胆小管

性肝炎等。

②原因不明性胆汁性肝硬化。

4.混合型（高胆固醇血症及高甘油三酯血症）：病因有未控制糖尿病，急慢性胰腺炎，肾病综合征，骨髓瘤，酒精中毒等。

原发性者病因见表 1

临床分型：根据血脂外观，血脂测定，及血脂蛋白定量测定，1980 年世界卫生组织再次提出了新的分型标准。见表 2。

表 1：

表 1 ：

高脂蛋白类型	病名	患病率	病理生理	蛋白质异常	脂蛋白积聚
I(va)	Lpl 或 Apoc Ⅱ缺陷	很少见	TG 分解代谢↓	Lpl 工或 Apoc Ⅱ缺乏	CM ± VLDF ↑
Ⅱ a(Ⅱ b.)	家庭性高胆固醇血症	1/500	LDL 分解代谢↓	LDL 受体异常	LDL ± VLDF ↑
Ⅲ	家族性异常β-脂蛋白血症	1/10000	残骸分解代谢↓	APOE 异常	β-VLDL ↑
Ⅳ（Ⅴ）	家族性高甘油三酯血症	1/100	VLDL-TG 合成代谢↓？		VLDL ± CM ↑
Ⅱ a.Ⅱ b. Ⅳ	家族性联合高脂蛋白血症	1/100	APOB 合成代谢↓	APOB APOAI	LDL 和/或 VLDL ↑

表 2 ：

型别	TC	TG	CM	VLDL	LDL	HDL	血清外观
Ⅰ	-↑	↑	↑	—↓	—↓	↓	上层乳浊，下层透明
Ⅱ a.	↑	—	（—）	—↓	—↓	—	透明
Ⅱ b.	↑	↑	（—）	↑	↑	—	有时混浊
Ⅲ	↑	↑		β-VLDL	—	—↓	混浊
Ⅳ	-↑	↑	（—）	（—）	—↓	—↓	混浊
Ⅴ	-↑	↑	↑	↑	—↑	↓	上层浮浊，下层混浊

注：—不变；↑增高；↓下降；（—）无。

本病证的诊断，主要依靠化验。有关疾病，家族史和饮食习惯等因素可资参考。检查方法包括血清外观，血脂测定，脂蛋白电泳，及脂蛋白定量测定，葡萄糖耐量试验等。其中以 TC，TG 以及 HDL 为基本或常规性血脂测定。

中医学认为本病系膏脂代谢失常的病征，与肝、脾、肾有关，以脾肾虚为本，痰浊、湿浊、瘀血为标。其病因多为饮食失节，好静少动，七情内伤，先天缺陷及脏腑功能失调所致。其发病由于过食肥甘浑味或醇酒乳酪，使脏腑输化不及，或脏腑功能失调，膏脂输化障碍；或先天禀赋不足，无以“阳比气，阴成形”，均可导致膏脂过多，脂浊存于血中，致痰凝血瘀。这就是

高脂蛋白血症及合并症的病因病机。

现代医学认为血浆脂类包括胆固醇，甘油三酯，碱脂和脂肪酸四大类。血浆中几乎所有脂类都是以脂蛋白的形式存在。用超速离心法和正带电泳法可将脂蛋白分为四种，即乳糜微粒（CM），极低密度脂蛋白（VLDL，即电泳上之前β脂蛋白），低密度脂蛋白（LDL，即β脂蛋白），高密度脂蛋白（HDL，即α—脂蛋白）。脂蛋白中的蛋白质称为载脂蛋白（apepvotein 简称 APO）。目前所知的 APO 已达十余种，重要的有：$APOA_{I}$、A_{II}，B_{48}，B_{100}，C_{I}，C_{II}，C_{III}，D、E、F、G 等。晚近的研究表明脂蛋白及载脂蛋白在脂质代谢紊乱中起着重要的作用。

[治疗]

一、中医辨证论治

（一）分型治疗。

1.痰浊阻滞。

主证：形体肥胖，身重乏力，胸闷或痛，纳呆腹胀，咳嗽有痰。舌质红，苔黄腻，脉弦滑。

治法：化痰健脾排浊。

方药：温胆汤加减。

法半夏 12 克，陈皮 10 克，竹茹 10 克，权实 10 克，茯苓 15 克，甘草 6 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中法半夏、陈皮燥湿化痰、降逆和胃；竹茹、枳实化痰除烦；茯苓健脾渗湿。全方配合达到化痰健脾排浊之功效。

加减怯：痰热重者，加黄连 9 克、竹茹 12 克、瓜篓 15 克。

典型病例：

刘×，男，64 岁，干部。因反复心前区翳闷不适 12 年、加重 3 天入院。以往 EKG 提示慢性冠状动脉供血不足。

现症见：体形肥胖，身重乏力，心前区翳闷，纳呆腹胀。舌红苔黄腻，脉弦滑。入院后检查血总胆固醇 7.6mmol/L，甘油三酯 1.52mmol/L。EKG 示心肌缺血。西医诊断：①冠心病，②高脂血症。中医辨证为痰浊阻滞。本病拟温胆汤加减治疗。处方：法半夏 12 克、陈皮 10 克、竹茹 12 克、枳实 10 克、茯苓 15 克、山药 15 克、爪蒌 12 克、薤白 10 克、黄连 9 克，桃仁 12 克，甘草 6 克，每日 1 剂，水煎服，连服 4 周，同时配合其他对症处理，4 周后查血胆固醇为 6.2mmol/L，甘油三脂 1.24mmol/L，心悸胸闷明显减轻。再经上方调治 1 月余，测血脂正常。

2.湿浊困脾。

主证：头身困重，脘腹胀闷，肢体倦怠，纳呆使溏，尿少甚或浮肿，面色青黄。舌淡胖边有齿印，舌腻，脉沉缓。

治法：健脾利湿降浊。

方药：胃苓汤加减。

茯苓 15 克，猪苓 10 克，泽泻 10 克，白术 15 克，苍术 10 克，厚朴 6 克，陈皮 10 克，车前子 10 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：胃苓汤由五苓散合平胃散组成。方中茯苓、猪苓、泽泻、白术、车前子能渗湿利水、温阳化气；苍术、厚朴、陈皮能燥湿健脾，行气和胃。全方合用共奏健脾利湿降浊之功。

加减法：偏于湿热者加薏苡仁 30 克、荷叶 9 克；偏于寒湿者加藿香 12

克，或桂枝 9 克。

3.气滞血瘀。

主证：胸闷憋气，胸背疼痛，痛处固定，动则加剧，两胁胀痛。舌质暗或紫暗有瘀点，苔薄，脉弦或涩。

治法：行气活血法痰。

方药：血府逐瘀汤加减。

当归 12 克，赤芍 12 克，川芎 15 克，桃仁 12 克，红花 10 克，生地黄 12 克，柴胡 12 克，桔梗 10 克，枳壳 12 克，牛膝 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中当归、赤芍、川芎、桃仁、红花以活血法瘀；柴胡、桔梗与枳壳、牛膝相配，一升一降，调畅气机；生地黄能养阴润血燥。全方配合共奏行气活血祛瘀之功。

加减法：若血瘀较轻者可加丹参 20 克、郁金 15 克；瘀血甚者，可加蒲黄 12 克、山楂 15 克、三七末 3 克（冲服）。

4.肝郁化火。

主证：烦躁易怒，面红目赤，头晕头痛，口干咽燥，尿黄便干。舌质红，苔黄腻，脉弦数。

治法：清肝泻火。

方药：龙胆泻肝汤加减。

龙胆草 12 克，黄芩 15 克，栀子 10 克，泽泻 12 克，木通 10 克，车前子 12 克，生地黄 15 克，柴胡 12 克，决明子 10 克，当归 10 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中黄芩、栀子、龙胆草以清热泻火；泽泻、木通、车前子清热利湿；生地黄、当归滋阴养血；决明子润肠通便泻火；柴胡引诸药入肝胆经。

加减法：兼湿热者加茵陈蒿 15 克、薏苡仁 30 克。热甚者加虎杖 12 克、野菊花 15 克。

5.胃热腑实。

主证：形胖体壮，消谷善饥，喜食厚味，口渴欲饮。舌红，苔黄腻，脉弦有力。

治法：通腑泻热。

方药：大承气汤加味。

大黄 10 克，厚朴 10 克，枳实 10 克，芒硝 6 克（冲服），生甘草 6 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中大黄、芒硝泻热通便，软坚润燥；厚朴、枳实行气散结，消痞除满。全方组合达到通腑泻热的目的。

加减法：便秘者可加生地黄 15 克、生首乌 30 克、全瓜蒌 12 克、麻子仁 30 克滋阴养血，润肠通便。

6.脾肾两虚。

主证：体倦乏力，腰厦腿软，耳鸣眼花，月经失调，腹胀纳呆，尿少浮肿。舌淡红，苔薄白，脉沉细或迟。

治法：健脾补肾。

方药：清脂汤加减。

何首乌 15 克，女贞子 15 克，菟丝子 15 克，生地黄 15 克，黑芝麻 12 克，仙灵脾 10 克，杜仲 10 克，泽泻 10 克，党参 20 克，白术 10 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中党参、白术以益气健脾，何首乌、生地黄、菟丝子、黑芝麻，仙灵脾、杜仲以滋阴补肾、益精血；泽泻以利水消肿。全方配合达到健脾补肾之功。

加减法：阳虚水泛，肢肿甚者可加肉桂 1.5 克（焗服）、熟附子 12 克，同时可加山药 15 克、黄芪 15 克以益气健脾。

7.肝肾阴虚。

主证：体倦乏力，腰膝痠软，头晕耳鸣，口于目涩，五心烦热。舌红少苔，脉沉细或数。

治法：滋肾养肝。

方药：一贯煎合六味地黄丸加减。

枸杞子 15 克，生地黄 15 克，山药 15 克，麦门冬 12 克，当归 10 克，川楝子 12 克，沙参 10 克，山茱萸 10 克，茯苓 10 克，牡丹皮 10 克，泽泻 10 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中沙参、麦门冬、当归、生地黄、枸杞子、川楝子以滋阴疏肝；山茱萸、茯苓、牡丹皮、泽泻、山药以滋补肝肾。全方合用达到滋肾养肝之功效。

加减法：阴虚甚者可加玉竹 15 克、女贞子 15 克、何首乌 20 克；便于者加麻子仁 30 克、全爪蒌 15 克。

（二）其他疗法。

针灸疗法：取穴原则以健脾化痰，疏肝利胆，宽胸理气，利湿降浊。常用穴位：内关、间使、神门、通里、合谷、曲池、乳根、足三里、丰隆、阳陵泉、肺俞、厥阴俞、三阴交、太白、公孙、太冲、曲泉、中院、膻中等。每次辩证取 3～5 个穴位，日针 1 次，10 次为一疗程，共 1～2 疗程。

二、西医治疗

（一）饮食疗法：乳糜微粒血症Ⅰ、Ⅴ型，一般只需低脂肪膳食，每日 20～40 克，使体重下降到标准范围，给予高蛋白以保证营养。对内源性高甘油三酯血症者（III、IV、Ⅴ型），治疗重点在于限制糖及总热量，减轻体重。高胆固醇血症秆（Ⅱ型），宜采用低胆固醇、低饱和脂肪酸治疗，并加不饱和脂肪酸如亚油酸治疗。

（二）药物治疗。

当进行饮食治疗后，各项血液脂质和脂蛋白浓度仍处于中度危险或高度危险以上时，需进行药物治疗。

1.阻止脂质合成或促进脂质代谢药物：

双安妥明 500mg，每日 2～4 次，适宜于III、IV、Ⅴ型及部分Ⅱb 高脂蛋白血症，眼药 1～2 周后见效。非诺贝特（fenofibrata）100mg，每日 3 次，适宜于Ⅱa、IIIb、III、IV、Ⅴ型。烟酸 100mg，每日 3 次，适宜于Ⅱb、III、IV、Ⅴ型；烟酸的衍生物尚有灭脂灵（Heperonieate），每次 100～200mg，每日 3 次。诺衡（Genfibrozil），0.6 克，每日 2 次，属于安妥明衍生物的降脂药尚有新安妥明 50mg，每日 3 次，氯安丁酸铝及降酯丙二醇均每次 0.5 克，每日 3 次。益多脂 0.2g，每日 3 次。潘特生（pantathine）0.2g，每日 3 次。丙丁酚（probunol）0.5g，每日 2 次，适宜于Ⅱa、Ⅱb 型。弹性酶（Elastase）300u，每日 3 次。鱼脂酸，每丸 0.16g，每次 3～5 丸，每日 3 次。

2.阻止胆固醇或胆酸吸收，进行排泄药：

消胆胺，每次 4g，每日 4 次，降脂树脂 2 号（colestipol），每次 4g，每日 3～4 次。降脂树脂 3 号，每次 4g，每日 3～4 次。β谷固醇，每次 3～6g，每日 3 次。

3.其他降脂药：

糖酐酯（Ps—Na），每次 300～450mg，每日 3 次，服 4 周停 2 周开始第二疗程。亚油酸，每次 6～10 粒，每日 3 次。猪脱氧胆酸，每次 150mg，每日 3 次。氧甲吡嗪（acip-imot）1250mg，每日 3 次。

（尹克春）

第九节病态窦房结综合征

病态窦房结综合征是由于窦房结或其周围组织的器质性病变导致机能障碍，从而产生多种心律失常和多种症状的综合病征。主要特征为心动过缓，是由于窦房结冲动形成障碍，或窦房结至心房冲动传导障碍所致。当合并快速性室上性心律失常反复发作时称为心动过缓-心动过速综合症。病态窦房结综合征在中医临床中属心悸、怔忡、晕厥、厥脱的范畴。

病态窦房结综合征起病缓慢，其临床表现以脑、心、肾等脏器血供不足特别是脑血供不足症状为主。轻者表现为头晕、乏力、失眠、记忆力减退、反应迟钝等，严重者可引起反复 Adams-stokes 综合怔发作。其体征主要是心率明显减慢，可有各种心脏杂音。

临床诊断依据是：（1）窦房传导阻滞、窦性停搏（停顿间期＞2 秒），明显的长时间的窦性心动过缓（心率＜50 次/分）；（2）长心动间歇后出现快速性室上性心律失常（如阵发性心房颤动或扑动、房性心动过速、交界区性心动过速等）；（3）动态心电图显示：24 小时总心率＜80000 次，平均窦性心率＜55 次/分，最高心率＜90 次/分，最低心率＜40 次/分，出现窦房传导阻滞、窦性停搏、窦性心动过缓与快速性室上性心律失常交替出现；（4）阿托品试验阳性（静脉注射阿托品 1.5～2mg，观察 30 分钟，最高窦性心率＜90 次/分）；（5）食道心房调搏，窦房结恢复时间≥1500ms，校正窦房结恢复时间＞450ms，窦房传导时间＞120ms。诊断时应注意除外由于药物、神经及代谢功能紊乱所引起者。

中医学认为病态窦房结综合怔病位在心，与脾、肾密切相关。劳倦思虑过度，损伤心脾，气血亏虚，心失濡养，可发为本病。年老肾衰，不能鼓舞五脏之阳，心失温煦推动，心脉瘀滞，可发为本病。另外，饮食不节、嗜肥甘烟酒，内蕴痰浊，痹阻心脉，心气不通，也可发为本病。

西医认为本病的病因可概括如下：（1）特发性；（2）冠心病；（3）原发性心肌病；（4）高血压性心脏病；（5）风湿性心脏病；（6）急性心肌炎；（7）继发性心肌病；（8）梅毒性主动脉瓣关闭不全；（9）二尖瓣脱垂；（10）先天性心脏病；（11）家族性窦房结疾病；（12）手术损伤窦房结；（13）应用洋地黄、奎尼丁、利多卡因、心得安、利血平等药物及高钾血症，引起短暂的窦房结机能障碍。

［治疗］

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.心气不足证。

主证：心悸气短，善惊易恐，神疲乏力，面色不华，头晕目眩，舌淡红，舌胖有齿痕，脉迟缓细弱。

治法：益气养心安神。

方药：养心汤加减。

黄芪 15 克，党参 15 克，茯神 12 克，炙甘草 10 克，当归 10 克，柏子仁 15 克，酸枣仁 15 克，远志 10 克，五味子 6 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以黄芪、党参、茯神、炙甘草益气养心；当归养血活血，养心通脉；柏子仁、酸枣仁、远志、五味子养心安神。共奏益气养心安神之功。

加减法：舌胖有齿痕、脉沉者，加桂枝 10 克、生姜 3 片温阳助气。口干舌燥者，加麦门冬 15 克与五叶子配伍养阴生津。

典型病例：

伍×，男性，70 岁，退休干部。有冠心病史 20 年。近一年来自觉疲倦乏力，头晕眼花，心悸气短，动则尤甚，胸闷失眠，3 天前曾出现过一次昏仆，片刻后苏醒。舌淡胖苔白，脉迟缓细弱。体查：心浊音界向左下扩大，心率 45 次/分，律整，心尖区可闻及二级收缩期吹风样杂音，无传导。心电图示III度房室传导阻滞，心肌劳累。本证属心气不足，拟养心汤加减治疗。处方：黄芪 25 克、党参 15 克、茯苓 15 克、炙甘草 15 克、当归 10 克、川芎 10 克、柏子仁 15 克、酸枣仁 15 克、桂枝 6 克，连服 15 剂，心悸头晕诸症明显减轻。体查见心率增至 55 次/分，心电图示间歇性III度房室传导阻滞。病情明显改善。

2.脾肾阳虚证。

主证：心悸倦怠，少气懒言，胸脘痞满，形寒肢冷，夜尿频数，舌质淡，苔白滑，脉沉迟或结代。

治法：温补脾肾。

方药：右归丸。

熟地黄 15 克，山药 15 克，山茱萸 10 克，枸杞子 12 克，杜仲 15 克，菟丝子 15 克，肉桂 2 克（焗服），当归 12 克，鹿角胶 10 克（烊化），熟附子 10 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以熟附子、肉桂温补肾阳以法内寒；杜仲、菟丝子、山茱萸、鹿角胶补肾；熟地黄、山药、枸杞子、当归滋养阴血以助阳，即“ 阴中求阳 ”之意。

加减法：胸脘痞满者加砂仁 6 克（后下）、陈皮 6 克、法半夏 10 克；夜尿频数，小便清长者加益智仁 15 克、金樱子 15 克；大便溏烂者加补骨脂 15 克、高良姜 10 克。

3.心阴亏虚证。

主证：心悸易惊，心烦失眠，口干微热，手足心热，盗汗，舌红少津，脉细数。

治法：滋阴养心安神。

方药：天王补心丹加减。

太子参 15 克，麦门冬 15 克，天门冬 10 克，生地黄 15 克，玄参 15 克，当归 10 克，丹参 12 克，茯苓 15 克，柏子仁 15 克，酸枣仁 15 克，远志 9 克，朱砂 0.5 克（研末冲服），五味子 6 克，桔梗 6 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中以太子参益气养阴；麦门冬、天门冬、生地黄、玄参养阴清热；当归、丹参补血活血；茯苓、柏子仁、酸枣仁、远志、朱砂养心安神；

五味子收敛心气之耗散；桔梗引药上行，以通心气。本方是一条具有一定代表性治疗心阴亏虚型心悸的方坚。

加减法：五心烦热，潮热等阴虚火旺明显者，加知母 10 克、黄连 8 克清热降火。若兼见神疲乏力，气短等症。改太子参为党参 15 克，加黄芪 15 克以补益心气。

4.心阳瘀阻证。

主证：心悸胸闷，短气喘息，心痛时作，唇甲青紫，舌见瘀点和瘀斑，脉涩或结代。

治法：温通心阳，活血复脉。

方药：麻黄附子细辛汤和桂枝甘草汤合血府逐瘀汤。

炙麻黄 10 克，熟附子 12 克，细辛 5 克，桂枝 10 克，炙甘草 15 克，当归 10 克，桃仁 12 克，红花 5 克，川芎 8 克，黄芪 30 克，檀香 9 克（后下），黄精 15 克。每日 1 剂。水煎服。

方解：炙麻黄、熟附子、细辛、桂枝、炙甘草温通心阳复脉；当归、川芎、桃仁、红花活血祛瘀；檀香行气以助血行；黄芪补益心气；黄精配当归滋养阴血以助阳，也为“阴中求阳”之意。全方共奏温通心阳，活血复脉之功效。

加减法：若阳虚明显，症见形寒肢冷，面色苍白者，加补骨脂 15 克、淫羊藿 10 克、肉桂 3 克（焗服）；兼见小便不利，下肢浮肿等证者，加用茯苓 15 克、泽泻 15 克、猪苓 15 克、白术 10 克；若心痛较剧，舌质暗有瘀点瘀斑者，加乳香 6 克、没药 6 克、五灵脂 12 克，蒲黄 12 克以祛瘀止痛。

典型病例：

蒙××，女，65 岁，家庭主妇。素来体质虚弱，常自觉心悸胸闷不适。近因劳累过度，心悸胸闷加剧，疲倦乏力，畏寒肢冷，短气，动则尤甚。夜间偶有心痛发作，固定不移，发作时唇甲微紫。舌质紫暗有瘀点，脉涩迟。体查：心浊音界稍向左扩大，心率 40 次/分，律整，各瓣膜区未闻及病理性杂音。心电图示III度房室传导阻滞，心肌缺血。阿托品试验阳性。西医诊断为冠心病，病窦综合征。患者不愿接受安装心脏起搏器而转求中医药治疗。本证属心阳虚弱，心脉瘀阻，拟麻黄附子细辛汤和桂枝甘草汤合血府逐瘀汤三方化裁治疗。处方：炙麻黄 10 克、熟附子 12 克、细辛 5 克、佳枝 10 克、炙甘草 15 克、当归 10 克、桃仁 12 克、红化 5 克、川芎 8 克、黄芪 30 克、蒲黄 12 克、五灵脂 12 克，连服 10 剂，心痛消失，余诸症减轻，舌暗红有瘀点，脉迟缓。上方去蒲黄、五灵脂，加檀香 9 克（后下）、黄精 15 克。连服 1 个月，其他症状消失。体查：心率 72 次/分，律整，心电图示 I 度房室传导阻滞，心肌劳累。病情明显好转。

5.痰浊痹阻证。

主证：心悸短气，心脑痞闷胀满，痰多，食少腹胀，或有恶心，舌苔白腻或滑腻，脉弦滑。

治法：化痰通络。

方药：瓜蒌薤白半夏汤加味。

瓜蒌 15 克，薤白 10 克，法半夏 12 克，陈皮 6 克，郁金 15 克，檀香 10 克（后下），砂仁 10 克（后下），胆南星 15 克。

方解：瓜蒌开胸中痰结；半夏化痰降逆；薤白辛温通阳，豁痰下气；陈皮、檀香、砂仁行气化痰；胆南星、郁金化痰通络，诸药合用，共奏化痰通

络之功效。

加减法：若脾胃气虚，症见疲乏、纳呆、腹胀、便溏者，加茯苓 15 克、白术 10 克、川朴 10 克健脾燥湿。

（二）穴位注射疗法。

参附注射液穴位注射疗法。

主证：心悸气短，神疲乏力，头晕，面白畏寒，舌淡苔白，脉迟缓细弱。

治疗方法：取双侧三阴交穴位注射参附注射液，每侧 2㎖，每天两次，15 天为一疗程。

二、西医治疗

（一）病因治疗。

主要是针对心肌的炎症、缺血等基本疾病进行治疗。如冠心病：用消心痛 10㎎，每天 3 次，口服；潘生丁 25㎎，每天 3 次，口服。如心肌炎：用肌苷 0.4 克，每天 3 次，口服；维生素 $B_1$20㎎，每天 3 次，口服；强的松 30㎎，每天 1 次，口服。如甲状腺机能减退症，用甲状腺片 20～40㎎，每天 1 次，口服。

（二）提高基础心率。

对心率明显减慢，不伴有快速性心律失常者，可试用下列药物以提高心率。

1.阿托品：0.3㎎，口服，每天 3～4 次，必要时可予阿托品 0.5～1㎎皮下注射或静脉注射，1～2 小时后可重复使用。

2.麻黄素：25㎎ 口服，每天 3～4 次。

3.异丙肾上腺素：以异丙肾上腺素 1㎎ 加入 5%葡萄糖液 250㎖ 中静脉滴注，8～15 滴/分，按需要调整滴速。

4.氨茶碱：0.1g 口服，每天 3～4 次。或 0.5g 加入 5%葡萄糖液 500㎖中静脉滴注，15～20 滴/分，按需要调整滴速，每天 1 次。

（三）装置人工心脏起搏器。

对心率明显减慢，症状严重且药物治疗无效者，或表现为慢-快综合征药物治疗有困难者，应根据具体情况选择装置人工心脏起搏器，这是目前最重要、最有效的治疗手段。

（金卓祥）

第十节感染性心内膜炎

感染性心内膜炎是指因细菌、真菌和其他病原微生物（如病毒立克次体、动物寄生虫等），直接感染而产生的心瓣膜或心室壁内膜的炎症。

本病在中医临床中属于“心悸”、“怔忡”、“温病”、“胸痹”等范畴。

感染性心内膜炎按发病致病菌、起病缓慢、病理、临床表现及预后不同可分为急性、亚急性二种。

急性感染性心内膜炎：起病急骤、病程短、病情较重，主要为败血症症状，如寒战、高热进行性贫血、四肢关节疼痛、乏力多汗等。此外可发生急性心力心衰，易发生器官栓塞及转移性脓肿，并出现相应的症状。瓣膜受损或腱索断裂时，可短期出现高调性杂音或心脏杂音迅速变化。手掌或足底常易出现红斑样或小结节状出血点，无压痛，称为詹恩威（Janeway）结。部分

病人眼底可见小出血区，中心呈圆形白点，称为罗特氏（Roth）点。此外可见急性心力衰竭及器官栓塞的体征。

亚急性感染性心内膜炎：起病多缓慢，表现为发热、热型不规则，体温常波动于 37.5℃～39℃，伴心悸、胸闷、气短，消疲乏力，可见有肌肉关节瘦疼等症。心功能不全呈缓慢进展，后期可见器官栓塞现象。多数患者可有病理性心脏杂音，约 16%病例在病程中杂音的性质及强度发生改变。部分患者趾指末端掌面，大小鱼际或足底出现隆起的紫红色结节，局部压痛，称为（osler）欧氏小结，亦可有詹恩威（Jaueway）结，约 5%患者出现罗特氏点。后期可出现脑、脾、肾等器官栓塞，并出现相应的体征。

临床诊断依据原有心血管病史，化脓性感染，近期外科手术，或器械检查史等。临床上以发热、进行性贫血、栓塞现象、皮肤病损、肝脾肿大，心脏杂音改变，结合血白细胞计数增高，血沉加快，血培养阳性，超声心动图提示心内膜赘生物形成，即可作出诊断。

中医学认为本病病位在心，与肺脾肝肾相关。由于饮食失节，或房劳过度耗伤阴血，或情志抑郁，或气滞血瘀，或感受温热邪毒，内犯于心，阳伤血涩所致。

急性感染性心内膜炎，其病位主要在气分，传变风速，易于入营传血，甚或逆传心包，或伤阴动风。亚急性感染性心内膜炎多属于内伤发热或外邪入侵所致。

西医认为：急性感染性心内膜炎主要为葡萄球菌，约占本病致病菌 50%以上，溶血性链球菌、肺炎球茵、革兰氏阴性杆菌、真菌亦可致病。可致瓣膜及腱索的急剧报害，常引起腱索及乳头肌的断裂，形成溃疡或甚至坏死。受累的心内膜上可形成赘生物，脱落后可引起多发生栓塞或转移性脓肿。

亚急性感染性心内膜炎，多发生于心瓣膜病变的基础上，致病菌多来自鼻腔或皮肤表面的链球茵。由侵犯的心内膜表面形成由纤维蛋白、白细胞、血小板及细菌组成的赘生物，赘生物脱落之后随血流进入周围动脉，可引起栓塞或脓肿。心肌中可出现血管周围炎及灶性坏死。此外，免疫复合物激活补体系统引起肾小球肾炎，严重时可发生肾功能衰竭。

［治疗］

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.阴虚火旺。

主证：午后或夜间发热，手足心发热，心烦盗汗，口干咽燥，尿黄便干。舌质红干，少苔，脉细数。

治法：滋阴清热。

方药：清骨散加减。

银柴胡 12 克，胡黄连 12 克，秦艽 12 克，鳖甲 15 克（先煎），地骨皮 10 克，青蒿 12 克，知母 10 克，玄参 10 克，生地黄 12 克，黄芩 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中银柴胡、胡黄连、知母、地骨皮以清骨蒸劳热；青蒿、秦艽善透伏热；黄芩以加强清热之力；鳖甲、玄参、生地黄以滋阴清热。全方配合共奏滋阴清热之效。

加减法：失眠者可加酸枣仁 15 克、柏子仁 15 克、夜交藤 15 克；盗汗者加煅牡蛎 20 克（先煎）、浮小麦 12 克、糯稻根 15 克等；口干心烦者可加女

贞子 12 克、旱莲草 15 克、石斛 18 克；气虚者可加黄芪 20 克、太子参 18 克以益气。

2.气阴两虚。

主证：发热乏力、汗多、身痛身重，动则气短，心悸怔忡，失眠多梦，便秘或食少便溏。舌淡红少律，脉细数。

治法：益气养阴。

方药：补中益气汤合地骨皮饮加减。

黄芪 15 克、党参 15 克、白术 12 克、柴胡 12 克、当归 12 克、生地黄 15 克、地骨皮 12 克、知母 12 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中黄芪、党参、白术、柴胡、当归以补中益气；沙参、生地黄、知母、地骨皮以滋阴清热。全方合用共收益气养阴之功效。

加减法：气虚甚者重用黄芪 50 克，党参 30 克，可加黄精 10 克。阴虚甚者加麦门冬 15 克，玉竹 12 克，石斛 10 克 3.肝气郁结。

主证：身热心烦，烦躁易怒，两胁胀痛，头晕头痛，口苦善太息，胸闷憋气，苔薄黄，脉弦数。

治法：疏肝理气消热。

主药：丹栀逍遥散加减。

牡丹皮 12 克，栀子 12 克，柴胡 15 克，当归 12 克，白芍 15 克，白术 12 克，茯苓 12 克，甘草 6 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中柴胡疏肝解郁；白芍、当归养血柔肝；白术、茯苓以健脾法湿，更加丹皮、栀子以清热。全方合用达到疏肝理气清热之功效。

加减法：气郁化火，可加龙胆草 12 克、黄芩 15 克、生地黄 15 克；以清热泻火、头晕头痛甚者，可加天麻 15 克、钩藤 12 克、石决明 20 克以平肝潜阳。

4.邪入气分。

主证：发热，汗出不懈，不恶寒，反恶热口干口苦，胸闷心悸，甚则胸痛气促，不能平卧。舌红苔黄腻脉滑数。

治法：清热泻火，养阴生津。

方药：白虎汤加减。

石膏 30 克，知母 12 克，粳米 12 克，黄芩 12 克，牡丹皮 12 克，玄参 12 克，石斛 12 克，沙参 12 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中石膏、知母、黄芩、牡丹皮以清营泻火；梗米、玄参、石斛、沙参以益胃养阴生津。全方共奏清热泻火，养阴生津之功效。

加减法：胸闷气促可加丹参 15 克，玄胡索 12 克，川芎 15 克，郁金 10 克以活血行气止痛；大便秘结者可加大黄 6 克（后下）、芒硝 10 克（冲服）以通腑泻热，小便黄赤者可加车前子 20 克、泽泻 5 克。

5.邪入营血。

主证：发热不退，身热夜甚，烦燥不安，心悸气短，汗多尿水，或班疹隐隐，或衄血咯血，重者则神昏请语，舌红练，脉细数。

治法：清营解毒，凉血活血。

方药：清营汤合水牛角地黄汤加减。

水牛角 30 克（先煎），生地黄 12 克，玄参 12 克，竹叶心 12 克，金银花 15 克，连翘 12 克，黄连 10 克，丹参 18 克，麦门冬 12 克，赤芍 12 克，牡丹皮 12 克。每日 2 剂，水煎服。

方解：方中水牛角、生地黄以清营凉血；玄参、麦门冬以养阴清热；金银花、连翘、黄连、竹叶以清热解毒；牡丹皮、丹参、赤芍以活血凉血，消散瘀结。全方合用共奏清热解毒，凉血活血之功效。

加减法：发斑吐衄者加可黄苹 20 克、旱莲草 15 克、藕节 12 克以凉血止血；面色苍白，语言乏力可加黄芪 18 克、党参 20 克以益气；神昏谵语可送服安宫牛黄丸以情热解毒开窍。

典型病例：

李××，女，32 岁，农民。因反复心悸，劳累性气促 8 月，再发伴发热 3 天入院。有风湿性心脏病史。查体：T39.2℃，皮肤粘膜无斑疹及出血点；双肺底闻及小水泡音，心界左侧扩大，心率 130 次/分，房纤律，心尖部闻及Ⅱ—Ⅲ级收缩期吹风样杂音及中度舒张期隆隆样杂音。肝右胁下 3.0㎝，腹水征（一），双下肢轻度浮肿。舌红绛、脉细数。血白细胞计数 13.6×10^9/L，中性粒细胞 0.86，血红蛋白 92g/L，血沉 90㎜/h，血培养出奇异变形杆菌。心脏超声心动图示二窄二漏，二尖瓣见赘生物形成。西医诊断：①亚急性感染性心内膜炎，②风湿性心脏病。中医辨证为邪入营血。本病拟清营汤合犀角地黄汤加减治疗。处方为：水牛角 30 克（先煎）、生地黄 12 克、玄参 12 克、竹叶心 12 克、金银花 15 克、连翘 12 克、黄连 10 克、丹参 18 克、麦门冬 12 克、赤芍 12 克、牡丹皮 12 克、黄芩 12 克，甘草 6 克。每日 2 剂，水煎分 3—4 闪口服。连服二周，同时配合氨苄青霉素及丁胺卡那抗炎和其他对症处理，发热明显消退，诸症减轻，血象及血沉恢复正常，血培养阴性。继服上方 4 周，诸症消失出院。

（二）其他治疗。

鱼腥草注射液每次 2—4㎖ 肌内注射，每日 2—3 次。穿琥宁注射液 10—20㎖ 或清开灵注射液 20—40㎖ 静滴，每日一次，具有清热解毒作用。发热者可予柴胡注射液 2—4㎖ 肌注以退热。

二、西医治疗。

（一）抗生素治疗。

1.用药原则：应早期、足量、联合用药。药物选择主要基于药敏试验，宜选用杀菌抗生素。用药时应考虑病人的肾功能和药物过敏情况，疗程为 4—6 周以上。

2.致病菌未明：常用青霉素 480 万 U 至 800 万 U/日，分 3—4 次静注，链霉素 1 克/日肌肉注射。如用药三天热不退者，青霉素可加至 2000 万 U—40000 万 U/日静滴。如果效果欠佳，可选用半合成青霉素，如苯唑青霉素 6—12 克/日，分次静滴等。

3.革兰氏阴性杆菌感染：主要根据药敏试验结果用药。常见大肠杆菌，肺炎杆菌，或变形杆菌感染。可选用第三代头抱菌素，如头孢哌酮（先锋必）4—8g/日，头孢噻肟 6—12g/日，头孢三嗪（菌必治）2—4g/日，分次静注或静滴。也可予氨苄青霉素和氨基醣甙类合应用，氨苄青霉素 6g/日分次静注，或丁胺卡那 1g/日分次肌注或静滴，产碱杆菌可选用链球菌 1—2g/日分次肌注或氯霉素 2g/日，静滴。厌氧杆菌可用林可霉素，红霉素。亦可选用 0.5%甲硝唑 1.5—2g/日分次静滴。革兰氏阴性杆菌感染者，还可选用环丙沙星 0.4g/日分两次静滴，或选用菌克单 1g 静注，每 8 小时 1 次。

4.革兰氏阳性球菌感染：多见于草绿色链球菌，肠球菌及葡萄球菌等感染。均可选用青霉素剂量 1000 万 U—2000 万 U/日分次静滴或链球菌 1—2g/

日，分次肌注。肠球菌感染可选用氨苄青霉素 6—12g/日或万古霉素 2—3g/日，分次静滴，或联合应用链霉素或庆大霉素。

5.葡萄球菌耐药菌株：许多葡萄球菌对青霉素耐药。对此选用半合成青霉素，如苯唑青霉素 6—10g/日，亦可选用先锋Ⅴ、先锋Ⅵ号 4—8g/日分次静滴）或选用菌必治 2—4g/日分次静滴或选用菌必治 2—4g/日分次静滴或选用菌必治 2—4g/日静滴。

6.对青霉素反应或过敏者，选用万古霉素 2—3g/日分次静注。或选用先锋霉素（Ⅰ号 8—12g/日，Ⅱ号 4—6g/日，先锋必 4—8g/日静滴。

7.真菌和立克次体感染：前者可选用二性霉素 B，首剂力 0.1mg/kg，逐渐增量，最大不超过敏日 1mg/kg，总量 2—3g，或与 5—氟胞嘧啶联合应用，以 50—150mg/kg/日缓慢静滴。立克次体感染者，可用四环素 2g/日静滴，或 0.5g 口服，每 6 小时 1 次，疗程为 6 周。

（二）糖皮质激素治疗。

下列情况者可在有力的抗生素治疗下短期配合使用：①革兰氏阴性杆菌感染性心内膜炎伴中毒性休克者。②感染性心内膜炎毒血症严重，发热持续不退者。③应用二性霉素 B 治疗真菌感染性心内膜炎时，如药物反应明显，可在开始静滴二性霉素 B 时先静脉注射氢化可的松。④对抗生素有严重过每反应者。⑤并发顽固性心力衰竭或完全性房室传导阻滞者。

（三）抗凝治疗。

抗凝剂不能防止赘生物的形成及栓塞，即使发生栓塞，多数人也下主张抗凝治疗，因可引起栓塞处及其他部位严重出血。

（四）外科治疗。

大部分病人经内科保守治疗后多可痊愈。部分因严重感染不能控制，需要紧急切除病变瓣膜，安装人工瓣膜，清除脓肿或栓塞，修补缺损。对难治性心力衰竭、大赘生物、心肌及瓣膜脓肿、移植之异体瓣膜感染等，可作手术指征。但目前手术的死亡率仍较高，置换瓣膜后再次感染的危险性也大。

（文旺秀尹克春）

第四章消化系统疾病

第一节食管炎

食管炎分为反流性食管炎、感染性食管炎、放射性食管炎及腐蚀性食管炎。本文就内科常见反流性食管炎作讨论。

反流性食管炎是指由于胃和（或）十二指肠内容物反流入食管，引起食管粘膜的炎症和食管功能的障碍。

反流性食管炎在中医临床中属“胃痛”、“嘈杂”、“噎隔”的范畴。

反流性食管炎主要临床表现是以胸骨后烧的感或烧的样疼痛、胃食管返流、咽下困难为特点，严重者可出现食管粘膜糜烂而出血。长期失血者可致缺铁性贫血。

临床诊断根据胸骨后烧的感或烧的痛，再通过食管滴酸试验、食管内 pH 测定、胃一食管闪烁显像来确定；或可通过纤维内窥镜及活检来确定。

中医学认为食管属于胃，胃为水谷之海，与脾互为表里，一升一降，共司受纳、消化、运转和输布作用。故食管炎病位在食管，病理讥制在脾胃。患者饮食不节、情志失调或脾胃宿疾损伤脾胃。致脾胃气机阻滞，升降功能失调，引起胸骨后烧的感或痛，恶心呕吐，吞酸，吞下困难。气血瘀滞，血行脉外可致出血。

西医认为本病主要是各种原因引起食管下段括约肌（LES）功能失调所致。

［治疗］

一、中逸治疗

（一）分型治疗。

1.肝胃不和型。

主证：因情志不遂致胃脘胀满，两胁疼痛，胸闷脘堵，嗳气频繁，泛酸呃逆，食欲不振，大便不畅，舌苔薄白，脉弦。

治法：疏肝和胃降逆。

方药：四逆梢合小半夏汤加味。

柴胡 12 克，白芍 30 克，生姜 7 克，元胡 15 克，枳壳 15 克，法夏 12 克，炙甘草 10 克，鱼古 20 克。

方解：本方用炙甘草甘温益气健脾；柴胡疏肝理脾；枳壳下气；白芍柔肝益阴；法夏化痰散结；元胡行气活血；鱼古制酸；生姜和胃。共奏疏肝和胃降逆之功。

2.肝胃郁热型。

主证：心口烧的感，口苦咽干，呃逆，胃脘胀满不舒，进食后胸骨后疼痛，大便干燥，舌苔黄腻，脉弦数。

治法：泻热行气和胃。

方药：丹栀消遥散加减。

柴胡 12 克，丹皮 12 克，川连 12 克，鱼古 20 克，白芍 15 克，栀子 10 克，元胡 15 克，炙甘草 6 克。

方解：本方以柴胡疏肝解郁；白芍养血柔肝；川连、丹皮、桅子泻热；元胡行气止痛；鱼古制酸和胃共起泻热行气和胃之效。

3.脾胃虚寒型。

主证：胃脘隐痛，泛吐酸水或清水，疲乏无力，喜温喜按，食欲不振，手足不温，大便糖泄，舌苔薄自，脉细弱或缓。

治法：健脾温阳降逆。

方药：香砂六君子汤加味。

炙党参 25 克，云苓 15 克，陈皮 6 克，砂仁 6 克（后下），白术 12 克，法夏 12 克，木香 6 克，炙甘草 6 克。

方解：方以炙党参补气健脾养胃；白术健脾燥湿；云苓渗湿健脾；陈皮、法夏化痰湿止呕；木香砂仁理气和胃。

4.痰气交阻型。

主证：吞咽食物梗阻、胸隔满闷或食入即吐或水饮难下，大便于结，舌苔薄白，脉弦滑。

治法：理气化痰畅隔。

方药：启隔散加减。

沙参 25 克，丹参 18 克，砂仁壳 6 克（后下），法夏 12 克。全瓜篓 15 克，云苓 15 克，郁金 12 克，苏梗 10 克，旋复花 15 克，炙草 6 克。

方解：本方取沙参、云苓养阴化痰散结；丹参、郁金、砂仁化痰解郁，理气和胃；苏梗、全瓜萎行气散结升膈；法夏化痰散结；旋复花下气降逆；炙甘草调和诸药共奏理气化痰畅隔之功。

5.基本方加减治疗。追溯文献资料，反流性食管炎经统计学处理，以肝胃不和型和肝胃郁热型居多，约共占 90%以上。反流性食管炎早期，多属实证、热证，若转成虚证、寒证，则治疗困难，故应提倡早期积极治疗。

据此，组成基本方。

治法：理气和胃，清热降逆。

方药：基本方。

旋复花 12 克，川连 10 克，煅瓦楞 02 克，鱼古 20 克，法夏 12 克，元胡 15 克，白及 15 克，甘草 6 克。加减法；

吐酸灼痛甚者，胃酸上泛所致，加重制酸药，如海蛤壳、煅龙骨、浮海石；痛甚者，加白芍、降香、川朴。方解及药理：

旋复花——开结气、降痰，利气下行。药理研究，花中含绿元酸，能增加大鼠小肠蠕动。法夏——化痰和胃，止呕降逆，内含生物碱，对阿朴吗啡和硫酸铜引起的动物呕吐，均有止呕吐作用。

川连——燥湿解毒，治吐止酸，内含小檗碱，对肠道平滑肌起兴奋作用，对感染，有防治作用。元胡——行气止痛，含有去氢紫薰碱，对胃酸分泌有抑制作用，具抗溃疡作用。煅瓦楞、乌贼骨——制酸和胃，两者均含碳酸钙，可中和胃酸。

甘草——有解痉作用，所含甘草甜素可降低胃酸及胃蛋白酶活性。

白及——有抑菌止血作用，更因高度粘性，可防护粘膜受损，和瓦楞子、鸟贼骨、甘草并用，可使药液形成粘滞易起泡的碱性液体，复附于粘膜，增强屏障作用。

典型病例：

白×，女性，41 岁，因胸骨后烧的样疼痛一年就医。症见：胸腹痞满，胸骨后烧的痛，嗳气泛酸，大便干，舌苔微黄，脉弦。本例证属肝胃不和，郁而化热，予基本方加味治疗。处方：旋复花 12 克，川连 12 克，煅瓦楞 20 克，鱼古 20 克，川朴 12 克，法夏 12 克，元胡 15 克，白及 15 克，白芍 15

克，甘草 6 克。上方连服 3 剂，诸症减轻，续服十余剂后症状明显改善。

二、西医治疗

（一）改善 LES 的功能，避免胃内容物反流。

（1）减低胃内、腹内压力，少食多餐，避免进食刺激性食物，忌烟酒、咖啡。

（2）睡眠时床头垫高 15—20㎝，以减少返流，肥胖者应减轻体重。

（3）服用胃肠动力药：

吗丁琳 10㎎，每日 3 次或西沙比利 10㎎，每日 3 次。

（二）降低胃酸，以减轻对食管粘膜的刺激。

（1）H2 受体桔抗剂，可选用雷尼替丁 150㎎，每日 2 次。

（2）胃酸质子泵阻滞剂，洛赛克 20㎎，每日 1 次。

（三）外科手术，适应于 LES 压力很低，内科治疗无效或有食管疤痕狭窄者。

（张学斌）

第二节食管贲门失弛缓症

食管贪门失弛缓症是食管神经肌肉运动功能障碍，下段食管括约肌呈失弛缓状态，食物无法顺利通过而滞留，从而逐渐使食管张力减弱，蠕动消失及食管扩张的一种疾病，是比较常见的消化道功能性疾病。属于中医“ 噎膈 ”范畴。吞咽之时梗噎不畅谓之噎，饮食不下或食人即吐谓之膈，故谓噎膈。

本病的主要临床表现为吞咽困难、食物返流和胸骨后疼痛三大症状。随着病程延长和病情进展，可出现消瘦、贫血、营养不良以及继发食管炎症、憩室、溃疡或癌变等相应的临床症状。因本病早期无痛性吞咽困难往往时轻时重，间歇出现，故要根据以下情况尽早确诊：（1）咽下困难无论是固体还是液体都会发生；(2）咽下困难常因情况波动、进食刺激性食物而诱发；(3）对可疑者可行饮水试验、食管下端括约肌压力及体部腔内压力的测定；（4）X 线钡餐、内窥镜、B 型超声波及食管内 PH 测定及压力测定可资诊断与鉴别诊断。早期诊断要排除返流性食管炎、食管癌、贲门癌、食管神经官能症等。

中医学认为本病之发生，是因优思伤脾，脾失布津、凝聚成痰；及郁怒伤肝，肝气横胃，气机郁滞，终致痰气交阻于脘管。此外，嗜酒日久，湿热内生，痰浊阻滞；或燥热之食，伤津耗液，咽管干涩，也可致病。本病病位在食管、属胃气下和失降，与肝脾异常，酒食所伤密切相关。基本病机是脘管痰气交阻或干涩失调。以气虚阴虚为本、气滞痰阻为标，属于本虚标实之证。

西医学认为本病的发生原因尚未完全明确，目前认为可能有关原因如精神、饮食或病毒感染等因素使胸段以上述走神经及其背核、或食管下端括约肌张力增高，吞咽之时不能正常松弛而发病。

［治疗］

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.痰气交阻型。

主症：吞咽不顺时作时止，多因情绪改受或生冷饮食而发，胸隔痞满，或唆气呕吐。舌质淡红，舌苔薄白或薄腻，脉弦滑。

治法：行气化痰，畅隔降逆。

方药：畅膈汤（自拟方）。

法半夏 15 克，厚朴 15 克，枳壳 15 克，郁金 12 克，白芍 20 克，荷蒂、叶各 10 克，降香 9 克（后下），石菖蒲 10 克，浙贝母 10 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中厚朴、枳壳、郁金、白芍调肝行气；法半夏、浙贝、石菖蒲化痰降逆；荷蒂、叶，降香畅膈降逆。诸药合用，共奏行气化痰、畅膈降逆之功。

加减法：常因情绪改变而发者加佛手 10 克、香附 10 克；常因生冷饮食而发者加丁香 6 克、白蔻仁 5 克；气郁痰阻化热见舌苔黄腻，脉数者加竹茹 15 克、黄连 10 克；气滞痰阻致瘀者见舌质暗或有瘀点者加桃仁 10 克、丹参 20 克；气结痰阻津不能上承见口干咽燥者加麦冬 12 克、沙参 15 克；痰湿内生因脾胃气虚见食后腹胀，大便溏烂，舌淡脉弱者加党参 30 克、白术 15 克。吞咽不下、呕吐较重者加代赭石 30 克、旋复花 12 克。

典型病例：

张××，男，45 岁。因吞咽不顺反复发作 2 个月来诊。患者于两个月前因工作紧张后出现吞咽不顺畅，进食时胸骨后顶痛感，症状时作时止，有时饮水亦痛。曾做纤维胃镜检查未发现食管、胃、十二指肠器质性病变，X 线钡餐检查示钡剂通过贲门困难。诊断为“食管贲门失弛缓症”，服用安定、心痛定、普鲁苯辛等西药治疗，症状时有发作，不能完全缓解，刻下伴口干苦，睡眠差，易烦躁，舌状红，苔微黄腻，脉弦略数。中医认断为噎膈。辨证为肝郁气滞，痰气交阻，兼有郁热，胃失和降。治以疏肝化痰，清热和胃。处方：郁金、佛手、延胡、枳壳、瓜篓皮、竹茹、麦门冬各 15 克，川黄连、僵蚕、木香（后下）各 10 克，蒲公英、白芍各 30 克。连服 7 剂，吞咽顺畅，胸痛缓解。

2.津伤热结型。

主症：吞咽梗涩而痛，胸腹灼热，状若烧心，口干咽燥，大便干结，舌红而干或有裂纹，脉弦细而数。

治法：养阴生津，清热畅膈。

方药：濡胃汤（自拟方）。

生地黄 30 克，麦门冬 15 克，玄参 30 克，沙参 15 克，玉竹 15 克，石斛 15 克，天花粉 20 克，芦根 15 克，竹茹 15 克，白芍 30 克，蒲公英 30 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中生地黄、麦门冬、玄参、沙参、玉竹、石斛养阴生津；天花粉、芦根、竹茹、白芍、蒲公英清热懦润降逆。诸药合用，奏养阴生津、清热畅隔之效。

加减法 热结较甚至痛状苦烧心者加生石膏 30 克、珍珠层粉 3 克(冲服)；热伤血络致呕吐物色赤或大便色黑者加紫珠草 30 克、阿胶 15 克（烊化）、田七末 3 克（冲服）；热结肠燥致大便秘结者加郁李仁 15 克、火麻仁 30 克；或酌用大黄 9 克（后下）。此期间可配合梨汁、藕汁、牛乳、甘蔗汁、荸荠汁少许频频啄饮以作营养疗法。

3.阳气虚衰型。

主症：吞咽困难，经久不愈，饮食不下，泛吐清涎，精神疲惫，气短乏力，面色㿠白，脸浮足肿，舌淡而胖，苔白，脉细弱或沉细。

治法：温补脾肾，益气降浊。

方药：暖脾温肾汤（自拟方）。

黄芪 30 克，党参 30 克，白术 15 克，干姜 10 克，法半夏 15 克，制附子 10 克，肉桂 1.5 克（焗服），鹿角胶 10 克（烊化），砂仁 6 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方用黄芪、党参、白术、干姜、法半夏、砂仁以暖脾益气降逆，制附子、肉桂、鹿角胶以温肾壮阳法寒。诸药合用，共建温补脾肾、益气降浊之功。

加减法：气血两亏见面色㿠白，唇甲苍白，头晕目眩者加当归 12 克、阿胶 20 克（烊化）、杞子 20 克；肢体浮肿为阳不化阴，水湿泛滥，加茯苓 15 克、猪苓 15 克。

（二）针刺治疗。

吞咽困难者，选穴为：天鼎、巨厥、上脘、中脘；呕吐不止者，选穴为：天突、启膈、廉泉、中脘；再根据辨证选用：足三里、内关、风门、膈俞、肝俞、脾俞、督俞、太冲、三阴交，阳陵泉等。以上手法为中等强度捻转，留针 15 分钟。

二、西医治疗

（一）一般治疗。

主要是控制情绪，避免忧郁、烦恼。饮食上要细嚼烂咽，小口慢吞，不宜过冷、过热及刺激性食物。

（二）药物治疗。

1.镇静剂，精神紧张者可用镇静剂，如口服舒乐安定，1mg/次。

2.抗胆碱能药物，阿托品或普鲁本辛可促使食管排空。如普鲁本辛 15—30mg，口服。明显食物潴目于食道则肌注解痞灵 10—20mg/次，可获疗效。

3.硝酸甘油 0.6mg（或消心痛 10mg），三餐前 15 分钟舌下含服有一定疗效。

4.钙离子阻滞剂，心痛定 10mg，三餐前口服或舌下含服也有一定效果。

（三）食管扩张疗法。

即采用器械，用外力使食管下端括约肌部分纤维断裂。这包括气囊、水囊和各种探条扩张器等进行扩张术，这些方法常通过内镜进行扩张。

（四）手术治疗。

药物或扩张治疗无效者，可考虑手术治疗。常用的方法是食管下端肌层切开术。

（黄穗平）

第三节急性胃炎

急性胃炎是由各种不同的因素引起的胃粘膜甚至胃壁的急性炎症性病变，即胃粘膜充血、水肿、糜烂、急性溃疡和出血等改变。

临床上分为急性单纯性胃炎、急性糜烂性胃炎、急性化脓性胃炎和急性腐蚀性胃炎。

急性胃炎在中医临床中属呕吐、胃脘痛、呕血或便血范畴。

急性胃炎的病因临床表现及体征因致病因素不同而很不一致。

（一）急性单纯性胃炎。

由于酗酒、刺激性食物、药物、感染等刺激因子作用于胃粘膜，致胃粘膜充血、水肿、渗出、点状出血或伴灶性糜烂。主要临床表现为上腹部不适或疼痛、食欲减退、恶心、呕吐，食物中毒伴发肠炎者，伴中上腹绞痛、腹泻，严重伴发热、失水、酸碱电解质混乱，休克等中毒症状。

体证：中上腹及脐周轻压痛，肠鸣音亢进。

（二）急性糜烂性胃炎。

主要由于应激、变态反应所致，诱因为严重感染、脑血管病变、烧伤、大手术后、创伤、休克以及药物、劳累、精神紧张等病变。特点为胃粘膜急性多发性糜烂和出血，或伴有浅表溃疡、临床上以呕血或黑粪为突出症状，严重者可引起失血性休克。

体征：中上腹压痛、肠鸣音亢进或无特殊体征。

（三）急性化脓性胃炎。

较少见，病情严重。多继发于全身或局部化脓性感染。是化脓菌（溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、产气英膜杆菌等）通过血液循环或淋巴播散至胃壁所致局限的胃壁脓肿或全层化脓性病变，以起病急、寒战、高热、上腹剧痛、呕吐等全身脓毒血症为主要临床表现。可并发胃穿孔、腹膜炎、血栓性门静脉炎及肝脓肿。

体怔：上腹部肌紧张和明显压痛。

（四）急性腐蚀性胃炎。

是由于误服强酸、强碱或其他腐蚀剂所致胃粘膜损伤。主要病理变化为粘腹充血、水肿和粘液增多，严重者可发生糜烂、溃疡、坏死甚至穿孔。临床表现为口腔、咽喉、胸骨后及中上腹部剧烈疼痛，伴吞咽困难、恶心呕吐。严重者可呕血。呕出血样粘膜腐片、休克或食管、胃穿孔症状。急性期过后可并发食管、贲门或幽门瘢痕性狭窄，并可形成为萎缩性胃炎。

体征：在唇、口腔及咽喉粘膜可发现颜色不同的的痂或粘膜透明水肿。

西医临床诊断是根据病吏、不同病因及相应临床表现特殊体征，以及行紧急胃镜（腐蚀性胃炎除外）所示胃粘膜特殊改变而确诊。

中医学认为急性胃炎病位在胃，与脾、肝有关，脾主运化、主升清、统血，胃主受纳、腐熟水谷，主通降，脾与胃一升一降，共为“ 后天之本 ”。

患者感受风寒暑湿火热之邪或秽浊之气，以及饮食不节或误食有毒食物或药品，致胃失和降，水谷随气上逆则呕吐，脾胃气机阻滞、气血瘀阻不畅，不通则痛；胃中积热，损伤胃络，迫血外溢，血随气上逆则呕血，下渗大肠为便血。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.外邪犯胃。

主证：突然呕吐，胸脘闷满，起病较急。如感受寒邪、兼见发热恶寒，头痛，无汗，舌苔薄白，脉浮紧；如感受风热，兼见发热恶风，头痛自汗，舌质红，舌苔薄黄，脉浮数；如感受暑湿，多是时当暑令，呕吐兼见发热汗出，心烦

口渴，舌质红，舌苔黄腻，脉儒数。

治法：疏解表邪，和胃降逆。

方药：风寒犯胃者可用藿香、正气散加减；风热犯胃者用银翘散加减；

暑湿致呕者用新加香薷饮加减。

风寒型：藿香 10 克（后下），厚朴 12 克，陈皮 6 克，大腹皮 12 克，白芒 10 克，紫苏 10 克，半夏 12 克，云苓 12 克，白木 12 克，炙甘草 6 克。

风热型：银花 12 克，芥穗 10 克，淡竹叶 12 克，橘皮 10 克，连翘 12 克，淡豆豉 6 克，芦根 15 克，竹茹 10 克。

暑湿型：香薷 10 克（后下），厚朴 12 克，连翘 12 克，扁豆花 15 克，银花 15 克，竹茹 12 克。

方解：藿香正气散取藿香、紫苏、厚朴辛散风寒、芳香化浊，半夏、陈皮、云苓、白术、大腹皮燥湿降逆和胃，诸药共奏解表散寒、健胃止呕作用。银翘散取银花、连翘辛凉透邪，芳香碎秽，芥穗、淡豆鼓助吞药开皮毛而逐邪，淡竹叶甘淡渗湿，芦根、竹茹、橘皮清热止呕、共奏清热和胃，行气止呕之功。新加香薷饮取香茹发汗解表、祛暑化湿。配以扁豆花、银花、连翘辛凉芳香、除热解渴，川朴、竹茹行气止呕，诸药共奏清暑化湿、和胃止呕之功。

加减法：如兼夹宿食，证见胸闷、腹胀者可加神曲、麦芽、鸡内金以消食导滞；腹满便秘者，可加大黄，枳实导热通腑。

典型病例（风寒型）：

袁××，女性，广州市待业青年，平素体质较差，突然呕吐伴腹泻 3 天。症见：发热恶寒，头身疼痛，无汗，胸脘闷满，反复呕吐胃内容物多次，纳呆，大便日 4—5 次。溏烂便，舌淡红苔薄白，脉浮紧。体查：上腹轻压痛，肠鸣音稍亢进。实验室检查：大便常规无异常，大便培养阴性。本例辨证属外邪犯胃（风寒型）。拟藿香正气散加减。处方：藿香 10 克（后下）、川朴 12 克、陈皮 2 克、炒白木 15 克、广木香 10 克（后下）、苏叶 10 克、法夏 12 克、云苓皮 15 克、白芷 10 克、炙甘草 6 克、日 1 剂，水煎服。服药第二天患者自觉精神好转，呕吐止，大便日 2 次，头身痛减轻，连服三剂诸症愈合。

2.湿热内阻型。

主证：胃脘胀满作痛，心中烦热，恶心呕逆，或呕吐物中带血或排黑粪，或便秘，不思饮食，口苦，小便黄，舌红.苔黄腻，脉滑数。

治法：清泻湿热，凉血止血。

方药：泻心汤加减。

大黄 10 克、黄芩 12 克，紫珠草 30 克，栀子炭 12 克，鱼古 20 克，川连 10 克，竹茹 10 克，茜根 15 克，蒲黄 10 克，炙甘草 6 克。

方解：本方取大黄、黄芩、川连清泻胃火燥湿导滞；紫珠草、茜根、栀子炭、蒲黄凉血活血止血；竹茹清热止呕；鱼古制酸和胃。诸药共奏清泻胃中湿热，凉血活血止血之功。

加减法：兼食滞者加山楂炭、神曲消食，呕吐频者加法夏竹茹。

典型病例：

患者陈××，男性，35 岁，经常暴饮暴食，一天前喝大量白酒后，频频作呕.呕吐食物残渣数次，后呕吐物中夹鲜红色血，自觉心中烦闷，胃胀满不适，口苦、舌红苔黄腻，脉滑数，体查：剑突下压痛，无反跳痛，实验室检查：呕吐物潜血＋＋＋＋，急诊纤维镜示：急性胃粘膜病变。本例证属湿热内阻型。方拟泻心汤加减。处方用上列方连服两剂，呕血止，胃脘区得舒诸症改善。

3.脾胃气虚、邪滞中焦。

主征：院部痞闷，恶心呕吐，食欲不振，大便清稀或不爽，苔白滑，脉虚弦，甚则阳虚内寒，四肢不温，面㿠白，倦怠，口干不欲饮，舌质淡，脉濡弱。

治法：健脾益气，和胃降逆、阳虚有寒者温中健脾和胃降逆。

方药：香砂六君子汤或理中汤。

香砂六君汤：人参 10 克（或党参 25 克），白术 12 克，云苓 12 克，陈皮 19 克，法夏 12 克，炙甘草 6 克。

理中汤：人参 10 克（党参 25 克），干姜 9 克，白术 12 克，炙甘草 6 克。

方解：香砂六君汤取人参大补元气，健脾养胃，辅以白木健脾燥湿，佐以云苓、法夏、陈皮引气化湿和胃，炙甘草甘温调中，共奏健脾益气和胃降逆之功。

理中汤以干姜温中焦而法里寒，人参大补元气，助运化而正升降，白木健脾燥湿，炙甘草益气和中。

加减法：呕逆剧者加旋复花 12 克、代赭石 15 克、吴茱萸 9 克，川连 12 克；里寒甚者加制附子 12 克（先煎）、肉桂 1.5 克。

典型病例：

吴××，女性，40 岁，平素身体虚弱。进食较多量雪糕后出现胃脘痞闷不舒，得温则解；恶心呕吐白色泡沫。证见四肢欠温，倦怠、大便溏，口干不欲饮，舌质淡，脉濡弱。体查：剑突下，轻压痛。纤维胃镜示：胃粘膜充血，渗出。本例属脾阳虚，寒浊内阻证，方以理中汤加味。处方：干姜 9 克、炙党参 25 克、白术 12 克、制附子 12 克（先煎），肉桂 1.5 克、炙甘草 6 克。连服两剂，诸症改善。

4.脾胃阴虚。

主证：胃脘灼痛，犹如针刺，饥欲得食，食入即吐，口干咽燥，渴欲饮凉，心烦易怒，大便干结，小便黄，舌红绛，光剥苔，脉细数。

治法：生津润燥，顺气和胃。

方药：益胃汤。

沙参 25 克，麦门冬 15 克，玉竹 15 克，生地黄 25 克，炙甘草 6 克。

方解：方中取沙参、麦门冬、玉竹、生地黄甘润养阴益胃润燥，炙甘草和中。

加减法：火盛者加石膏、竹叶、丹皮泻火理气；纳差加陈皮、神曲、麦芽醒胃；吞酸加瓦楞、鱼古；兼瘀滞者，加丹参、桃仁。

典型病例：

王××，女，26 岁，某厂工人，因误服强碱（25%NaoH）10 余毫升，致吐血不止。经某市人民医院急救，三日后吐血止，但出现胃脘刺痛，食入即吐，吞咽困难。经钡餐检查发现食管中段狭窄，贲门、幽门狭窄，胃粘膜多处溃疡。因不欲行手术治疗，转该市中医院。证见胸脘刺痛，食入即吐，口干咽燥、心烦、大便结，小便黄，舌红暗，花剥苔，脉细数。证属脾胃律伤，气滞血瘀，方拟益胃汤加减。处方：沙参 20 克、麦门冬 15 克、生地黄 25 克、石斛 15 克、葛根 15 克、白芍 30 克、丹参 18 克、天花粉 15 克、丹皮 9 克、桃仁 9 克、炙甘草 6 克。连服 5 剂，胸脘痛减，不复吐，后以此方加减 30 余剂续服，诸症缓解。

（二）其他疗法。

1.烧盐探吐法。适用于急性胃炎，恶心重、吐不出，甚至冷汗出，腹中痛者。即用盐一小撮，置刀上用火炙透，再用童便和服，少顷即得吐不而宣通壅滞，并可服用行军散或红灵丹 0.5—1g。

2.体针：穴选中脘、内关、足三里、公孙，寒者留针多灸，热者痰出不灸。

3.耳针：穴选胃、肝、交感、皮质下、神门，每次取 2—3 穴，强刺激，留针 20—30 分钟。

二、西医治疗

（一）去除病因，适当休息，予清淡流质饮食，必要时禁食 1—2 天。

（二）支持疗法酌情补液或输血，维持水、电解质平衡及营养。

（三）保护胃粘膜：予氢氧化铝凝胶 15 毫升，每日 3 次；或硫糖铝 1g，口服，每日 4 次；或德诺 0.24 克，口服，每日 2 次；对于由非甾体药物引起者，予喜克溃 200ug 口服，每日 4 次。

（四）制酸：予雷尼替丁 0.15g,口服，每日 2 次；或法莫替丁 20mg，口服，每日 2 次；或洛赛克 20mg 口服，每日 1 次。

（五）对症处理：呕吐剧者，予灭吐灵 10mg 肌注，或者予吗丁啉 10mg，口服，每日 3 次；或西沙比利 10mg，口服，每日 3 次。出血者，予立止血 1 单位静注，每日 1 次。炎症重者，予黄连素 0.3g，口服，每日 3 次；严重感染可静脉滴注抗菌素。

（六）对于腐蚀性胃炎应按吞食毒物处理，立即予鸡蛋清、牛奶之类口服，绝对不能予进水进食和洗胃；有胃穿孔、食道穿孔者行外科手术治疗。

（张学斌）

第四节慢性胃炎

慢性胃炎是胃粘膜上皮在多种致病因子侵袭下发生持续性慢性炎症的一种胃病。是常见多发病，居多种胃病首位，在人群中约 90%经胃镜检查可发现多种不同的慢性胃炎。

慢性胃炎，通常分慢性浅表性胃炎、慢性萎缩性胃炎和慢性肥厚性胃炎，而以前者最常见。

慢性胃炎无特异性临床症状，甚至病者无不适感，一般常见的症状有：胃院胀闷、痛、嗳气、泛酸，食欲不振，恶心，甚至有出血，贫血，消瘦。属中医“痞满”、“胃脘病”、“嘈杂”等病症，但对慢性萎缩性胃炎，则称“胃痞”。

慢性胃炎的诊断需依据三个方面：临床症状，胃镜及活检组织病理。另外还可结合其他检查和实验室检查以明确诊断。

（一）症状：

1.慢性浅表性胃炎：以上腹痛多见，常于餐后发生，隐痛或饱胀不适，可伴嗳气、恶心、食欲不振，或有泛酸。

2.萎缩性胃炎：以上腹痞满，胀闷多见，亦可伴有消化性溃疡样的疼痛，出血，或癌样症状，如贫血，消瘦等。

（二）胃镜下表现。

1.浅表性胃炎：粘膜充血、水肿、红白相间、糜烂或出血，炎症渗出致

粘液增多改变。

2.萎缩性胃炎：由于腺体减少或萎缩致使粘膜色泽变灰暗，呈灰黄或灰绿。血管易透见。如增生或肠化过度则粘膜粗糙，苔厚，为结节或颗粒状。

（三）胃粘膜活检组织病理检查。

1.慢性浅表性胃炎：上皮细胞变性，小凹上皮增生及固有膜炎细胞浸润，病变仅局限于粘膜浅表的 1/3。根据病变程度不同又可分为轻、中、重三级。

2.慢性萎缩性胃炎：上皮细胞变性，固有膜炎性反应和固有腺体萎缩（数量减少，功能减低），常伴肠上皮化生及不典型增生。肠上皮化生中以吸收上皮细胞、不完全性和大肠腺型化生与胃癌的发生有关。而非典型增生者达中、重度时，被视为癌前病变。

3.其他检查：

其中的幽门螺旋杆菌（HP）的检测最为重要，该菌在慢性胃炎中检出率约 40%—60%，近年来已被公认为是溃疡病和慢性胃炎的致病因素。

中医认为导致慢性胃炎的原因有：（1）饮食因素：饮食不节或不洁，浓茶烈酒、辛辣炙煿、肥腻浑味、粗糙难化等食品，致湿滞内停，郁抑而化热、损伤胃膜；（2）情志因素：恼怒伤肝，肝木横逆、胃气受阻。忧思伤脾，脾失运化，胃亦受累。以上病变，初期以气滞、郁热为主，久之则脾胃受损，脾气不足或胃阴亏损，气机进一步郁滞，导致气滞血瘀、胃膜损伤之变。

西医认为饮食不节、饮酒、吸烟，精神因素及多种慢性病过程（如慢性肾炎尿毒症、系统性红斑狼疮、溃疡性结肠炎等），使用损伤胃粘膜药物（如消炎药、阿斯匹林、红霉素等），胆汁返流均可导致慢性胃炎。自 1983 年从人体胃粘膜分离出幽门螺旋杆菌后，发现该菌是消化性溃疡和慢性胃炎的重要致病因素。

[治疗]

一、中逸治疗

（一）分型治疗。

1.肝胃不和。

主证：胃脘饱胀，餐后尤甚，或既胀且痛，或痛连两胁，嗳气频作，或矢气多，嘈杂泛酸，或恶心呕吐，舌苔薄白，脉弦。

治法：舒肝和胃，理气解郁。

方药：舒肝和胃汤（自拟方）

金铃子 15 克，玄胡 12 克，苏梗 12 克，佛手 12 克，郁金 12 克、砂仁 6 克，沉香 9 克（后下），香附 12 克，鱼古 15 克，浙贝 12 克，枳壳 12 克。

方解：金铃子、玄胡、砂仁、鱼古、浙贝舒肝和胃；苏梗、佛手、郁金、沉香、香附、枳壳理气解郁。

加减法：嘈杂泛酸明显，加川连 10 克、吴茱萸 1.5 克；食滞纳呆，加芒果核 30 克、莱菔子 12 克、布楂叶 10 克；大便不畅，加川朴 15 克、尖槟榔 15 克。

此型多见于浅表性胃炎、糜烂性胃炎、胆汁返流性胃炎、吻合口周围炎、部分肥厚性胃炎。病程处于胃炎的早期、慢性胃炎的活动期。

典型病例：

曾××，女，35 岁。平素忧郁寡欢，烦躁易怒，每于情绪激动后则胃脘胀痛，连及两胁，嗳气频作，偶有泛酸己 4—5 年。舌淡红，苔白薄，脉弦细。胃镜示：中度充血渗出糜烂性胃炎（窦部）。诊为：胃脘痛（肝胃不和）。

缘忧思恼怒，肝气横逆而犯胃、气机郁滞所致。宜舒肝和胃，理气解郁。予舒肝和胃汤加减，三月后复查胃镜示：轻度充血性胃炎（窦部），而诸症改善。

2.脾胃虚弱（包括虚寒）。

主证：胃脘胀闷痞满，每于餐后出现，或隐隐作痛，喜按喜暖，食少纳呆，便溏腹泻，少气乏力，舌淡红，或嫩胖，有齿痕，苔白薄，脉沉细。

治法：健脾益气，温中和胃。

方药：健脾温中汤（自拟）。

党参 15 克，白术 15 克，干姜 10 克，丁香 3 克。台乌 12 克，黄芪 18 克，炙甘草 10 克。

方解：黄芪、党参、白木、干姜、炙草健脾益气，温中；丁香、台乌增强温中和胃作用。

加减法：口泛清涎，四肢不温，加熟附子 12 克、吴茱萸 3 克、玉桂 1.5 克（焗）；餐后腹胀，下午尤甚，短气乏力，神疲者可加升麻 9 克，柴胡 12 克。

此型见于慢性浅表性胃炎，萎缩性胃炎或胃下垂。病程在中晚期或缓解消退期，慢性炎症性病变期。

典型病例：

尚××，男，38 岁。半年前因结核性腹膜炎住院一个月，此后体力渐差，消瘦，食欲不振，餐后胃胀饱满，隐隐作痛，并脐下重坠感，口泛清涎，恶冷喜热，少气乏力，大便长期稀搪，舌淡嫩，苔白薄，脉细弱，胃镜示：轻度充血渗出性胃炎（全胃）。钡餐示：胃下垂。诊为：胃缓（脾胃虚寒）。予健脾温中汤加熟附子 12 克、柴胡 12 克、升麻 9 克，治疗两个月后复查钡餐未发现胃下垂 X 线征。胃胀重坠感消失，食欲好转，大便正常。

3.脾虚胃热。

主证：胃脘灼热胀痛，腹院痞闷，嘈杂，口干苦不欲多饮，纳少便溏，舌淡，苔黄或干，脉弦细。

治法：健脾清胃，和中泄热。

方药：健脾清胃汤（自拟）。

党参 15 克，白术 12 克，蔻仁 5 克，竹茹 12 克，公英 30 克，芦根 30 克，生地 30 克，半枝莲 15 克。

方解：本证虚实夹杂，以党参、白术、蔻仁健脾和中；竹茹、公英、芦根、生地、半枝莲等消热解毒，泄化郁热。

此型见于病程较长者，或慢性浅表胃炎活动期，或萎缩性胃炎之发作期，故虚实寒热并见。

典型病例：

陈××，男，40 岁。胃脘胀，灼热。似饥非饥，似辣非辣，似痛非痛，进食后时可缓解，但时又加剧，恶心泛酸，口于口苦，但下欲多饮，纳呆便溏，舌淡，苔黄厚腻，脉细弦。胃镜示：重度充血渗出糜烂性全胃炎。病者平素贪杯喜饮，每天酒量约半斤，持续已两年。日积月累，酒湿化热，脾胃渐伤，胃热愈积，脾虚愈甚，遂成脾虚胃热之证。诊为：嘈杂（脾虚胃热）。嘱戒酒，予健脾清胃汤治疗，半年后诸证渐失。胃镜示：轻度充血性胃炎（窦部）。

4.胃阴不足。

主证：胃脘灼热疼痛，餐后饱胀，口干舌燥，大便干结，食欲减退，舌红少津，或有裂纹，脉细。

治法：养阴益胃，酸甘合化。

方药：益胃饮（自拟）。

乌梅 10 克，石斛 15 克，太子参 18 克，淮山 15 克，山楂 12 克，沙参 15 克，麦冬 15 克，生地 30 克，地骨皮 9 克。

方解：石斛、太子参、沙参、麦冬以阴育胃；乌梅、山楂、淮山以酸甘合化益胃之源；生地、地骨皮的溏泄虚热。

加减法：口于渴甚，加花粉 15 克、知母 12 克；大便干结，加火麻仁 30 克、肉苁蓉 30 克。

此型多见于慢性萎缩性胃炎、胃酸偏低者，或慢性胃炎的中晚期。

典型病例：

余××，男，42 岁。初起胃脘餐后饱胀，继之灼热，隐隐作痛，食欲逐渐减退，近期甚至厌食，见肥腻食品则恶心欲呕，一年来消瘦十多斤。口干舌燥，大便于结，约 3—4 天一行，艰涩难下。舌红少津，中有裂纹，脉细数。胃镜示：中度萎缩性胃炎，伴中度不典型增生。缘患者因工作关系，应酬频繁，高粱厚味，烈酒浓浆，冷热不节，饮食无度所致。诊为：胃痞（胃阴不足）。治以养阴益胃，酸甘合化法。予益胃饮，长期服用，半年后，诸证好转，胃纳增，体重亦增。

5.胃络瘀阻。

主证：胃痛日久不愈，痛处固定，以刺痛为主，不喜按，或大便黑呈柏油样，舌质暗红，或紫暗，或有瘀斑，脉弦涩。

治法：活血化瘀，和胃止痛。

方药：和胃汤（自拟）。

蒲黄 6 克，五灵脂 6 克，三七末 3 克（冲），生地 30 克，丹皮 10 克，元胡 12 克，乳香 6 克。

方解：蒲黄、五灵脂、三七末活血化瘀；生地、丹皮、元胡、乳香凉血清热，行气止痛。

加减法：大便黑色，加侧柏叶 15 克、血余炭 10 克、阿胶 12 克（烊）。

此型多见于各型胃粘膜糜烂出血性炎症期。

典型病例：朱××，男，50 岁。胃脘疼痛，呈针刺样 5 年，并曾反复黑便而住院 3 次，每次胃镜均未发现溃疡，诊力：重度充血、糜烂、出血性胃炎。求诊时已黑便 3 天，呈柏油样。其人干瘦，面色晦暗，舌质暗红，边有瘀斑。脉弦涩。缘久痛入络，胃络瘀阻所致。诊为：便血，胃脘痛（胃络瘀阻）。治以活血化瘀，和胃止痛。予和胃汤加侧柏叶 15 克、血余炭 10 克、阿胶 12 克（烊化）、三剂而血便止。

二、西医治疗

（一）制酸：减轻胃酸对胃粘膜的侵袭而止痛，减轻烧心，灼热、泛酸症状。

1.胃舒平 0.3—0.9 克，日 3 次，或氢氧化铝凝胶 10ml，日 3 次。

2.H2 受体桔抗制：甲氰咪胍 0.2 克，4 次/日，或 0.8，睡前服；雷尼替丁 150mg，2 次/日；法莫替丁 20mg，2 次/日。

3.胃泌素受体拮抗剂：丙谷胺 400mg，3 次/日。

4.胃酸泵抑制剂：奥美拉哇 20mg，1 次/日。

（二）解痉：解除胃痉挛，减少疼痛及分泌胃酸。

1.普鲁本辛 15mg，3 次/日。

2.莨菪碱（654—2）片，5mg，3 次/日。

3.胃疡平 1—2mg，4 次/日。

4.安胃灵 5mg，3 次/日。

（三）保护胃粘膜。

1.胃粘膜素：2—3 克/次，4 次/日。

2.硫糖铝：1g/次，3—4 次/日，饭后 2—3h 服。3.尿囊素：30—120mg/次，3 次/日，饭时服。4.维霉素：1g/次，3 次/日。

5.麦滋林—S 颗粒：0.5g/次，3—4 次/日。

（四）促进胃肠动力：有促进胃肠蠕动，加快胃排空，改善胃功能。对恶心、呕吐、消化不良、食欲减退、腹胀，嗳气等症状有改善作用：

1.胃复安：5—10mg/次，3 次/日，饭前服。

2.吗丁啉：10mg/次，3—4 次/日。

3.西沙比利：5—10mg/次，3 次/日，饭前服。

（五）补酸：对低胃酸或无酸者可选用。

1.胃蛋白酶台剂：10ml/次，3 次/日，饭前或饭时服，2.多酶片：1—2 片/次，3 次/日，饭时服。

3.10%稀盐酸 0.5—1ml，3 次/日，饭前服。

（六）抗幽门螺旋杆菌（HP）。

1.三钾二枸橼酸钠（De-Nol）120mg，日 4 次。灭滴灵（甲硝咪唑）0.2 克，日 4 次，四环素 0.25 克，日 4 次或羟氨苄青霉素，饭后服 0.25 克，日 4 次，以上方案连用两周。

2.奥美拉唑 20mg，日 2 次。羟氨苄青霉素 0.25 克，日 4 次（饭后服）。

以上方案，连用两周。

（余绍源）

第五节消化性溃疡

消化性溃疡是指胃肠道粘膜彼胃消化液消化作用下而造成的溃疡。是一种划界清楚的局限性组织缺失，累及粘膜、粘膜下层及肌层。可发生在胃肠道与酸性胃液接触的任何部位，而以胃及十二指肠最常见，故一般所指的消化性溃疡是指胃及十二指肠溃疡而言。

消化性溃疡在中医临床中属胃脘痛范畴。

消化性溃疡主要的临床表现是以起病缓慢，反复发作的节律性，周期性上腹部疼痛为主要特征。胃溃疡的疼痛部位多在剑突下偏左，十二指肠溃疡疼痛部位多在剑突下偏右，疼痛性质可为钝痛、灼热痛、饥饿痛、刺痛，甚则刀割样疼痛等，常为反复性、局限性、节律性和周期性。胃溃疡多发生在进食后 1—2 小时，空腹时痛减或缓解，其规律是进食→疼痛→缓解，而十二指肠溃疡疼痛多在进食后 3—4 小时发生，餐前或睡前痛多，又称空腹痛，进食可缓解，其规律是进食→缓解→疼痛。可因寒冷、饮食、情绪的影响而诱发，服碱性药物后可缓解。特殊类型溃疡如幽门管溃疡、球后溃疡，胃底贲门区溃疡、巨大溃疡、多发性溃疡、复合性溃疡或并发症时，疼痛规律可不典型。常伴嗳气，反酸，甚则恶心，呕吐，病程长达数年至数十年，以冬春

季节发作多见，可并发大出血、穿孔、幽门梗阻、癌变，癌变以胃溃疡为多，十二指肠溃疡较少发生。

体征：发作期如无并发症可有上腹部剑突下局限性压痛（点状压痛），缓解期可无明显体征。

临床诊断依据慢性、反复发作性、周期性节律性上腹疼痛，结合 X 线钡餐及胃镜结果可确诊。

中医学认为消化性溃疡病位在胃，与肝脾相关。脾与胃相表里，胃为水谷之海，脾为生化之源。胃主受纳，脾主运化，共同完成食物的消化吸收，脾主升清，胃主降浊，为人体气饥升降之枢，尚有赖肝的疏泄才能运行如常。若频繁的七情刺激引起肝胃不和，土虚木横，气滞血瘀，以及长期饮食不节，劳倦内伤导致脾胃虚弱，气血夫调而成胃痛诸症。肝气犯胃迁延日久，既可化火伤阴，迫血妄行，又可致气滞血瘀，或胃络受损而吐血便血，肝气乘脾，或日久不愈，损伤脾胃之阳，可致痰浊、湿热内生而加重胃痛，或呕吐痰涎等，中气不足，脾不统血而致出血。

西医认为本病因较复杂，发病机理尚未清楚，但多数认为其直接发病机理是胃、十二指肠粘膜损害因素与粘膜保护因素之间失去平衡，若损害因素如胃酸、胃蛋白酶消化增强和/或保护因素（粘液、HCO3，屏障和粘膜修复机理）削弱时就可发生溃疡，饮食不当，长期嗜烟酒，喝咖啡及不良的情绪刺激和某些药物如阿斯匹林、保泰松、消炎痛、肾上腺皮质激素等均可导致胃酸分泌过多或直接损伤胃粘膜而形成溃疡，近年来认为尚与幽门螺杆菌的感染有关。其他认为尚与遗传因素有关。

[治疗]

一、中逸治疗

（一）分型治疗。

1.肝气犯胃型。主证：胃脘胀满，攻撑作痛，痛连两胁，遇情志不遂则加重，吐酸，善太息，苔薄黄，脉弦。

治法：疏肝理气，和胃止痛。

方药：理气和胃止痛汤。

柴胡 12 克，佛手 15 克，枳壳 12 克，延胡 15 克，苏梗 15 克，郁金 15 克，川楝子 15 克。每日 1 剂，水煎服。方解：本方柴胡枢转气机，疏肝解郁；枳壳配柴胡疏肝解郁；广木香、佛手理气止痛；郁金、延胡、川楝子疏肝理气，活血止痛；苏梗宽中和胃降逆。共奏疏肝理气，和胃止痛之功。

加减法：伴反酸可加鱼古、浙贝以制酸；痛甚可加三七未 3 克冲服；嗳气频繁者，加沉香、白蔻仁、代赭石以顺气降逆；大便不通可加尖槟、大黄。

典型病例：

杨某，男，36 岁。因胃脘部反复疼痛 5 年，加重半个月来就诊，胃镜检查为十二指肠球部多发性溃疡，上腹部胀满疼痛，痛连两胁，伴嗳气，吞酸，遇情绪不遂则加重，舌质淡暗，脉弦。证属肝气犯胃，治以疏肝理气，和胃止痛，方选用上述理气和胃止痛汤，服药 7 剂后胃痛明显减轻，但仍见暖气，反酸，原方加鱼古 15 克、浙贝 12 克、沉香 9 克，服药 2 周后症状消失，再服 3 周后复查胃镜溃疡愈合。

2.肝胃郁热型。

主证：胃院的痛，痛势急迫，心烦易怒，嘈杂吐酸，口干口苦，舌红苔黄，脉弦数。

治法：疏肝泄热，和胃止痛。
方药：情热和胃止痛汤。
大黄 6 克，公英 30 克，鱼古 12 克，浙贝 12 克，延胡 15 克，川楝子 15 克，三丫苦 15 克，竹茹 12 克，川连 10 克，枳壳 12 克。每日 1 剂，水煎服。
方解：大黄、川连、三丫苦、竹茹、公英清胃泄热，和胃降逆；延胡、川楝子、枳壳疏肝理气止痛；鱼古、浙贝以制酸。共奏疏肝泄热，和胃止痛之功。
加减法：痛甚可加救必应 15 克、徐长卿 15 克，或田七末 3 克（冲服）；大便秘结者可加大大黄的用量并后下；伤阴可加生地 30 克、沙参 15 克、花粉 15 克以养阴和胃。
典型病例：
孙某，女，26 岁。因胃脘部疼痛 2 个月就诊，胃镜检查为胃（窦部）十二指肠复合溃疡，2 个月前开始出现胃脘部灼痛，无明显规律，嘈杂吐酸，口干口苦，大便秘结，舌红苔黄，脉弦数。证属肝胃郁热。治以疏肝泄热，和胃止痛。方用上述情热和胃止痛汤，大黄加大至 12 克（后下）。生地 40 克，服药 7 剂后症状明显减轻；大便遁畅，上方大黄减至 6 克，继续用 2 周后症状消失，舌质嫩红苔薄黄，原方中去川连、三丫苦，加花粉 30 克、沙参 15 克，继续服用 3 周后复查胃镜溃疡已痊愈。
3.脾胃虚寒。
主证：胃脘隐隐作痛，绵绵不断，喜暖喜按，得食则减，时吐清水，纳少，乏力，神疲，手足欠温，大使清薄，舌质淡，脉细弱。
治法：温阳益气建中。
方药：温中止痛汤。
党参 20 克，北芪 30 克，法夏 12 克，白术 15 克，茯苓 15 克，砂仁 6 克（后下），广木香 10 克（后下），陈皮 10 克，炮姜 12 克。每日 1 剂，水煎服。
方解：党参、北芪、白术健脾益气建中；炮姜温运中阳；茯苓健脾渗湿；法夏燥湿；陈皮、砂仁、木香宽中和胃，理气止痛。共奏温阳益气建中之功。
加减法：若吐酸水加鱼古 15 克、浙贝 12 克；胃寒痛甚加良附丸。
典型病例：
李某，52 岁，女性。因反复胃痛 10 年，加剧 2 个月就诊，胃镜检查为十二指肠球部溃疡，胃脘隐痛，绵绵不断，喜温喜按，得食则减，泛吐清水，胃纳差，疲乏，大便溏烂，每日 2 次，舌质淡，脉细弱。证属脾胃虚寒。治以温阳益气建中，方用上述温中止痛汤，服 7 剂后疼痛减轻，胃纳稍增，但仍时见吐清水，口淡大便溏，继服 2 周后胃痛消失，胃纳好。精神好转，大便正常，舌质淡红苔薄白，脉细，继续服用 4 周巩固治疗后复查胃镜，溃疡已愈合。
4.胃阴亏虚型。
主证：胃脘与脐部隐痛或灼痛，午后尤甚，嘈杂，心中灼热，口于，五心烦热，大便秘结，舌红少苔，脉细数。
治法：养阴清热，和胃止痛。
方药：养阴和胃止痛汤。
生地黄 40 克，花粉 30 克，沙参 18 克，麦冬 15 克，石斛 15 克，川楝子 15 克，延胡 15 克，佛手 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：花粉、沙参、石斛和养胃阴；生地黄、麦冬滋养肝阴胃液；川楝子、延胡、佛手疏肝理气止痛。共奏养阴清热，和胃止痛之功。

加减法：反酸可加鱼古 15 克、浙贝 12 克或配用左金丸；气阴两虚可加北芪 15 克、太子参 18 克、淮山 15 克以益气健脾；大便干结可加用火麻仁 30 克、瓜蒌仁 15 克以润肠通便。

典型病例：

张某，男，32 岁。因反复胃脘部疼痛 6 年，加剧半个月就诊，胃镜检查为胃十二指肠复合溃疡。胃院部的痛，无明显规律，嘈杂，口干，大使秘结，疲乏，纳欠佳，舌质嫩红少苔，脉细数。证属胃阴亏虚，治以养阴清热，和胃止痛，方用上述养阴和胃止痛汤加公英 30 克，连服 7 剂后胃痛明显减轻，但时见反酸、疲乏，原方加鱼古 12 克、太子参 30 克，服 3 周后症状消失，继续服药巩固治疗 3 周后复查胃镜溃疡已愈合。

5.瘀血阻络型。

主证：胃院痛如针刺或刀割，痛处固定，拒按或见吐血，黑便，舌质紫暗或有瘀斑，脉涩。

冶法：活血法瘀止痛。

方药：活血止痛汤。

五灵脂 10 克，蒲黄 10 克，丹参 20 克，延胡 15 克，田七末 3 克（冲服），郁金 15 克，青皮 10 克，枳壳 12 克，川楝子 15 克。水煎服，每日 1 剂。

方解：五灵脂、蒲黄、丹参活血化瘀止痛；延胡、郁金、青皮、枳壳、川楝子疏肝理气止痛。共奏活血祛瘀止痛之功。

加减法：气虚加党参 15 克、北芪 18 克；反酸可加鱼古 15 克、浙贝 12 克、吴茱萸 3 克；偏热可加公英 30 克、大黄 10 克。

典型病例：

吴某，男，56 岁。因反复胃脘痛 5 年，加剧半年就诊。胃镜检查为胃窦部溃疡。胃脘部刺痛，痛处固定，拒按，口干，反酸，舌质暗红有瘀斑苔微黄，脉涩。证属瘀血阻络型。治以活血法瘀止痛，方用上述活血止痛汤，加公英 30 克、浙贝 12 克、鱼古 12 克，连服 7 剂后疼痛明显减轻，但觉疲倦乏力，舌质淡暗苔白，脉细，原方去公英加北芪 30 克，再眼 3 周后症状消失，巩固治疗 3 周后复查胃镜溃疡已愈台。

（二）口服中成药治疗。

1.胃痛气滞型可选用：

胃乃安 4 粒，每日 3 次，胃苏冲剂 1 小包，每日 3 次，气痛散 1 小包，每日 3 次。

2.肝胃郁热型可选用：

三九胃泰冲剂，1 小包，每日 3 次，胶囊 4 粒，每日 3 次；珍子王胃片 4 粒，每日 3 次。

3.虚寒型可选用：

温胃舒冲剂 1 小包，每日 3 次。

4.适用于各种证型：

四方胃片 4 粒，每日 3 次；胃炎清 4 粒，每日 3 次；珍珠层粉 1 支，每日 3 次，尤其伴嗳酸时；白芨粉 3 克，每日 3 次，田七末 1.5—3 克，每日 3 次，冲服，尤其适用于消化性溃疡并出血时。

（三）针灸治疗。

1.体针疗法：

穴位：肝气犯胃者，取中院、期门、内关、足三里、阳陵泉；脾胃虚寒者，即脾俞，胃俞，中脘，章门，内关，足三里；泛酸加太冲，胃寒甚可加气海、天枢。

手法：虚证用补法，实证用泻法，一般采用较强的手法进行治疗，寒凝证或虚寒证可针后加灸。

2.耳针疗法：

胃溃疡取胃，交感，神门，十二指肠溃疡取十二转肠，交感，神门，每日 1 次，每次捻转 1—2 分钟，留针 20—30 分钟，或用耳针、保济丸，王不自行压耳穴。

3.水针疗法：取胃俞，脾胃，中脘，内关，足三里，用当归注射液或丹参注射液注射于上述穴位，每次 1—2 穴，每穴 1—2ml。

二、西医治疗

（一）内科药物治疗。

内科治疗原则是：①消除症状；②促进溃疡愈合；③防治并发症；④预防溃疡复发。整体治疗与局部治疗密切配

1.一般疗法。

生活有规律，注意劳逸结合与体养，饮食宜吃易消化的清淡食物，避免暴饮暴食，不要过饥或过饱，不吃过粗，过硬，过酸，过热，或刺激性食物，禁烟、酒、咖啡、浓茶等。

2.药物治疗。

（1）对抗及减弱攻击因子药物。

①制酸剂。

常用有氢氧化铝凝胶 10～15ml，每日 3 次，氧化镁 0.5—1.0g，每日 3 次，三矽酸镁 0.5～1.0g，每日 3 次；次碳酸铋 0.6 克，每日 3～4 次。复方制剂常用的有胃疡宁、胃舒平、胃得乐、胃必妥等，因单用各种制酸剂有副作用如缺钙、腹泻、便秘等，故常用复方制剂，合理的给药方法：a.餐后 1 小时给药；b.睡前加服 1 次；C.服用 6～8 周或至疼痛消失后 2 周。

②抑制胃酸分泌药物。

a.抗胆碱能药物：阿托品 0.3mg，每日 3～4 次，皮下注射每次 0.5mg；普鲁苯辛 15mg，日 3～4 次；颠茄酊 0.5～1.0 毫升，每日 3～4 次。禁用于有青光眼、前列腺肥大，胃-食管返流，胃储留等患者。

b.H2 受体阻滞剂，甲氰咪呱 0.2g，每日 3 次，睡前加服 0.4g；雷尼替丁 0.15g，早晚各 1 次；泰胃美 0.8g，睡前 1 次口服；法莫替丁 20mg，早晚各 1 次。活动性溃疡病程一般 4～6 周，愈合后维持量减半治疗一段时间，维持用药均在睡前服用。法莫替丁为新一代 H2，受体阻滞剂，其效力优于前二者。肝肾功能不全者应慎用。

③抗胃泌素药物。

丙谷胺 0.4g，每日 3～4 次，餐前口服，4～6 周为一疗程，本药对胃溃疡作用较优。

④H+-K+-ATP 酶抑制剂（质子泵抑制剂）洛赛克（奥美拉唑）20mg，每日 1～2 次，4～6 周为一疗程，副作用轻，对肝肾功能无影响。

（2）胃蛋白酶抑制剂。

硫糖铝 1g，每日 3～4 次，饭后 1 小时口服，是不吸收的粘膜保护剂，

其疗程不低于 H2 受体阻滞剂。

（3）增强粘膜防御机能的药物。

①前列腺素 E（PGE），15 甲基 PGE，甲脂 150 微克，溶于 20nll 水中，每 6 小时 1 次，疗程之周，慢性消化性溃疡疗效不明确，疗效不如 H2 受体阻滞药，目前韶在临床研究阶段，孕妇禁用。

②生胃酮 100mg，每日 3 次，共 2～3 周，后改 50mg，每日 2～4 次维持，如有效而无副作用，可持续口服 3 个月左右，可引起水钠潴留、浮肿。有高血压、心衰、肝肾疾患青慎用，必要时可加安体舒通。

③胶体铋，得诺（De-Nol）即三钾二枸櫞铬合铋。能沉积溃疡面和蛋白质结合，形成保护层，近年发现铋剂于体外和体内均可杀灭幽门螺杆菌，认为是治疗溃疡和防止复发的主要因素，4 周球溃疡治愈率达 96%。

3.其他。

（1）灭吐灵：5—10mg，每日 3 次，餐前半小时服，对胃溃疡较好，不宜与抗胆碱能药物同用，因有拮抗作用。

（2）消胆脂胺，是阴离子交换树贮，为胆盐络合剂，4g，每日 3 次。

4.溃疡复发和维持治疗。

溃疡复发是世界难题，其机制尚不完全清楚，可能与壁细胞敏感性增高，血胃泌素水平增高，粘膜保护屏障减弱和幽门螺杆菌感染有关，铋剂可清除幽门螺杆菌，故其治愈的溃疡复发率低。维持治疗可降低溃疡复发率，维持疗法药物剂量一般为全量的一半，晚上服用，可酌情维持用药 1～4 年，有人观察用 H2 受体阻滞剂维持治疗 1 年，复发率下降至 17%，4 年 9%，副作用并不多见。维持治疗适用于病情反复发作者，有过合并症者，需长期服激素或非固醇类止痛药者，年老和抽烟者。

（二）其他疗法：胃镜直视下用药物注射和喷洒溃疡，或激光直接照射等，尚在摸索阶段。

（三）外科手术治疗。

手术指征：（1）急性溃疡穿孔不适宜中西医结合保守治疗者；（2）穿透性溃疡；（3）大量或反复出血；（4）胃溃疡恶变或不能除外癌变者；（5）器质性幽门梗阻；（6）顽固性溃疡经内科积极治疗无效者。

（四）并发症的治疗。

1.幽门梗阻：①禁食或给予全流饮食；②静脉补液以补充热量及纠正水电解质，酸碱平衡失调；③放置胃管连续抽吸胃液 72 小时，并以每晚睡前用 500ml 生理盐水洗胃；④口服或注射 H2 受体阻滞剂或制酸剂，但禁用抗胆碱药；⑤如梗阻解除可拔除胃管，并逐步给全流→半流→正常饮食。如因溃疡疤痕形成器质性完全梗阻经上述处理无效者，应及早手术治疗。

2.溃疡穿孔，急性穿孔一经确诊应禁食，放置胃管抽吸胃内容物，防止腹腔继续污染，静脉输液和使用抗菌素以防止感染。如在空腹下穿孔，病人来诊时时限短，症状轻，一般情况佳的单纯性小穿孔采取非手术疗法，可望穿孔也自行闭合。以往频繁发作、症状严重或有并发症的病人，或在饱食下发生穿孔，估计急性穿孔破口大者，均须于病发 6～12 小时内施行紧急手术治疗。慢性穿孔发展虽较缓慢，但仍可引起严重后果。由于疾病进展慢，溃疡往往与周围脏器粘在一起，穿入腹腔引起弥漫性腹膜炎者较少，但偶尔穿入附近已粘连的内脏，如胰腺、横结肠、胆囊等，可引起胰腺炎、胃结肠疹、十二指肠胆囊瘘等。此时内科治疗难以收效，须施行手术。

（陈培琼）

第六节胃下垂

由各种原因导致的在站立位时，胃的下缘达盆腔。胃小弯弧线最低点降至骼峪连线以下，称为胃下垂。本病属中医“胃缓”、“腹胀”、“嗳气”等范畴。

临床表现有：餐后腹胀、站立加重，平卧可减轻。恶心、暖气，时有胃痛，但无周期性和节律性，其疼痛程度亦变化较大，可有便秘或腹泻，部分患者可伴直立性低血压，眩晕，乏力，心悸，甚至昏厥等症状。

本病大都病者瘦长，无力型。上腹部可们到主动脉搏动或振水音。同时伴其他内脏下垂（肾、肝）的体征。

确诊可通过胃肠钡餐，发现站立时胃位置下降，紧张力减退，小弯弧线最低点在髂嵴线以下，或胃幽门管低于髂嵴连线，胃呈长钩形或无力型。

西医认为膈肌悬吊力不足，隔胃，肝胃骚带松弛，腹内压下降及腹肌松弛等因素导致胃改变正常勾型，而为鱼钩状，即为胃下垂。

中医认为胃缓的发生：“脾应肉……肉胭不称身者胃下，胃下者，下管约不利。肉胭不坚者，胃缓，……”指出肌肉瘦削则发生胃缓，总因脾胃失和。原因则为饮食失节，七情内伤，劳累过度，病后失养等。病机以气阴不足为本，夹气滞，痰饮，血瘀为标，有时标本互见。

[治疗]

（一）中医治疗

1.脾虚气陷。

主证：形体瘦长，面色萎黄，精神疲倦，语音低微，短气乏力，不思饮食，食后脘腹胀满或重坠，暖气不舒，舌淡苔白，脉缓弱。

治法：补气升陷。

方药：补中益气汤合枳术丸。

黄芪 30 克，党参 30 克，白术 15 克，当归 12 克，橘皮 10 克，升麻 9 克，柴胡 9 克，炙甘草 8 克，枳实 9 克，荷叶 10 克。

方解：黄芪益气为君，参、草补中为臣。白术健脾，当归补血，陈皮理气为佐药，更用升举情阳的升麻、柴胡为引使，则益气升阳，气陷自举，枳术丸有先补脾虚，后化胃食所伤，则不峻厉矣。

典型病例：

廖××，男，38 岁。餐后脘满腹胀，重坠感，严重时需平卧始可缓解，形体瘦长，神疲乏力，短气自汗。钡餐发现“胃下垂”已 6 年。食欲不振，嗳气不舒。舌淡、苔白薄润，脉弱。诊为胃缓（脾虚气陷）。宜补气升陷，予补中益气汤合枳术丸，调治半年，诸证好转，钡餐复查无异常发现。

2.胃阴不足。

主证：食后脘腹胀满，口干思饮，胃中灼热，嗳气，或有恶心呕吐，大便干结，舌红少津，脉细数。

治法：濡养胃阴。

方药：益胃汤合一贯煎。

生地 30 克，玉竹 15 克，沙参 15 克，麦冬 15 克，杞子 12 克，当归 10 克，川楝子 12 克，谷麦芽各 30 克，竹茹 12 克，乌梅 6 克，山楂 12 克。

方解：生地、玉竹、沙参、麦冬甘凉养胃；杞子滋肾；当归养胃润燥；川楝子疏肝理气；竹茹清泄胃热；乌梅、山楂酸甘化阴、谷麦芽助消化，加强转枢之力。全方养胃阴、滋化源，助运化。

典型病例：

曾×，女，46 岁。患肺结核年半，服抗结核药后，病灶已消失，但逐渐出现食后脘腹胀满，胃中嘈杂感，口干思饮，大便干结如羊矢状，3～4 天一行，艰涩难下。舌红、光于少津、脉细数。此证因”肺痨”阴虚内热，肺胃津伤，胃阴不足，胃络失养所致。近日钡餐诊断：“胃下垂，胃窦炎”。中医诊断：胃缓（胃阴不足）。治以濡养胃阴，予益胃汤合一贯煎。养胃阴，滋化源，助运化，调治三月，诸证悉愈。

3.痰饮内停。

主证：脘腹坠胀，餐后尤甚，心下痞闷，水走肠间漉漉有声，恶心欲呕，或呕泛痰涎。

（1）痰饮型：喜暖喜按，呕吐清稀痰涎，便溏，舌淡苔白滑，脉沉细滑。

治法：温阳化饮，和胃降逆。

方药：理中化痰丸加减。党参 15 克，白术 12 克，干姜 10 克，姜制半夏 12 克，茯苓 12 克，炙草 9 克，蔻仁 5 克（后下）。

方解：党参、干姜、白术、炙草为理中汤，能温中祛寒，补气健脾；姜半夏、茯苓、蔻仁能化饮和中，降逆止呕。

典型病例：

冯××，女，53 岁，一年来消瘦约 10 斤，脘腹坠胀，餐后尤甚，每于晚餐后，自觉剑突下动扰不安，夜间可闻肠中漉漉作响，如物奔走状，晨起则恶心、呕吐清涎。喜热恶冷饮。他院检查为“胃下垂，胃张力减低”，曾服吗丁啉、普瑞搏思等药无效。舌淡胖嫩，苔白润，脉细滑。此为痰饮内停胃肠所致，是胃缓的一种特殊型证。由于中洲虚寒，运化迟滞，液化为痰，水化为饮，停蓄胃肠，上下痞塞，必以温阳化饮，和胃降逆后中洲豁通，升降如常，于理中化痰丸加减，其病亦愈。

（2）痰热型：心下痞满，口粘口苦，舌苔黄腻，脉滑数。

治法：清化痰热，苦辛开泄。

方药：半夏泻心汤加减。

法半夏 12 克，黄芩 10 克，干姜 9 克，党参 12 克，黄连 8 克，竹茹 12 克，芦根 15 克。

方解：寒热中阻、痞塞不通，上下不能交泰。故心下痞满。方中芩连苦降泄热以和阳，干姜半夏辛开散痞以和阴。党参补脾和中，加入竹茹、芦根增加清泄胃热之力，本方寒热互用，苦辛并进，治湿热留恋、脾胃虚弱、升降失调致痞者甚佳。

典型病例：

利××，男，55 岁。胃下垂已多年，食欲不振，胃脘痞满，时时暖气，恶心欲呕，口粘而苦，舌质淡，苔黄腻，脉滑数。此型“胃缓”，本虚标实，本为脾气虚，实为痰热中阻，宜标本兼治。治法：补脾和中，清化痰热，苦降辛开。用半夏泻心汤加减。病渐愈。

4.气虚血瘀。

主证：形体消瘦，面色晦暗，胸隔痞塞，口干不欲饮，舌质紫淡，或有瘀点瘀斑，脉细涩。

治法：补气活血。

方药：补阳还五汤加味。

北芪 30 克，当时 12 克，川芎 12 克，赤芍 12 克，地龙 12 克，桃仁 10 克，红花 9 克，桔梗 12 克，牛七 12 克。

方解：北芪升提补气，合余药活血法瘀养血，最符合气虚挟瘀之症。加桔梗、牛七一升一降，旋转中枢，则调达自常。

典型病例：

莫××，男，55 岁。形体干瘦，面色晦暗，自诉胸膈痞塞，如重物压迫感，有时呼吸亦觉憋闷。食欲不振，餐后腹坠胀不适。口干，但不思饮。神疲懒言，动则气促。除有胃下垂外，尚有右肾下垂。故右腰胁亦坠胀不适，活动后尤甚。舌质紫暗，边有瘀斑，脉细涩。此属胃缓（气虚血瘀）、宜补气活血，以补阳还五汤加味。约 1 年后愈。

（二）针灸。

1.针：足三里、中院、关元、脾俞、胃俞、气海、梁门以平补平泻法，留针 20～30 分钟。每次 3～4 个穴位。

2.灸：足三里、气海、关元、天枢、百会。

（三）按摩：先腑卧、双手由患者第三胸椎至第五腰椎两侧揉捏 2～3 遍，双手掌根同时由腰部向背部弹性快速推按 4～5 遍。后仰卧位，双手掌自下而上反复波形揉压腹部 2～3 遍，然后用拇指点中脘、天枢、气海、关元、气冲、足三里、内关各 1 分钟，按摩 1 次约 30 分钟，每日或隔日 1 次，2 月为 1 个疗程。

二、西医治疗

（一）对症治疗。

1）腹痛：治疗一般镇痛药物。

2）便秘：可用润滑剂，忌用强烈泻药。

涌消瘦及食欲不振：（1）正规胰岛素 4～8 单位，每餐前半小时皮下注射。（2）D8600.5 克日 3 次，口服。（3）苯丙酸诺龙肌注，第一个月每周注射二次，每次 25㎎，第二个月每周注射 1 次，连续 3 个月为一疗程。

（二）可试用氢溴酸加兰他敏（尼瓦林）2.5㎎，肌注，每天 1 次；或 10㎎，口服，每日 3 次。20～40 天为一疗程，如 1～2 个疗程未见改善，应停用。

（三）少食多餐，食后平卧，或放置胃托。

（四）加强腹部肌肉锻炼。

（余绍源）

第七节急性肠炎

急性肠炎是急性起病，以腹痛、腹泻水样便为主症的夏秋季常见病。

急性肠炎在中医临床中属“泄泻、霍乱”范畴。

急性肠炎的主要临床表现是以起病急骤、腹痛、腹泻为主要特征。潜伏期主要为 4～24 小时，最短可在进食后 2 小时即发病，长者可在 2～3 天。有畏寒及发热，体温可达 39℃以上，部分病人有头痛，全身痠痛。持续 2～3 天。腹泻次数每日 3～30 次不等，为黄色水样便，一般无粘液脓血，可夹有未消化食物，腹痛多位于脐周，呈阵发性钝痛或绞痛，病变累及胃者常有呕

吐，累及结肠者可见少量粘液便，少数累及直肠者有里急后重感。病情轻重下一，轻者仅有短时间的轻微腹痛及腹泻，重者可出现中枢系统中毒症状，如高热、昏迷、惊厥等，偶有暴发型者。则见呕吐、腹泻及全身毒血症状严重，可出现严重失水、电解状紊乱、休克、急性肾功能衰竭等，如抢救不及时，可导致死亡。病程为 2～4 天，重者可延至 1 周以上才恢复。一般病人在发热、腹泻等症状消失后，仍有食欲不振、软弱无力等症状，以后逐渐恢复。少数病人恢复期可持续带菌 2～4 周，甚至数月。慢性带菌者极少见。

体征：腹部有轻度或中度压痛，肠鸣音常亢进。

临床诊断根据有饮食不洁史，起病急，出现腹痛，腹泻水样黄色便，臭而量多，或配合粪便；呕吐物细菌培养可诊断。

中医学认为急性肠炎病位在脾胃与大小肠。主要病机为湿胜与脾胃功能障碍，脾主运化，喜燥恶湿，胃主受钠，喜润恶燥，脾升胃降，上下相因，燥湿相济，这样才能正常消化机能，一旦燥湿平衡遭到破坏，则会出现”湿胜则濡”，感受暑湿秽浊之气，饮食不洁，暴饮暴食，恣食肥甘窒肠胃或误食生冷不洁之品，损伤脾胃，健运失司，湿滞内停，致脾胃升降功能失司，混杂而下，并走大肠而成泄泻，湿滞中阻，气机下畅，郁遏逆乱则腹痛。

西医认为本病的病因为肠道细菌或病毒的感染，引起肠粘膜的分泌增加或肠腔内渗透压的增加以及吸收功能障碍或者肠蠕动的增加等使粪便稀薄，排便次数增加。

［治疗］

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.寒湿困脾。

主证：泄泻清稀，甚则如水样，腹痛肠鸣，脘闷食少，或兼恶寒发热，头痛，肢体痠痛，口干不欲饮，舌淡红，苔白腻，脉濡缓。

治法：芳香化湿，健脾止泻。

方药：藿香正气散加减。

藿香 12 克，茯苓 20 克，神曲 12 克，神曲 10 克，制半夏 12 克，苍术 12 克，苏叶 12 克，桔梗 10 克，猪苓 20 克，大腹皮 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：藿香辛温散寒；芳香化浊；茯苓、苍术健脾化湿；半夏、陈皮理气化湿，和中止呕；苏叶、桔梗解表散寒；神曲消食导滞；大腹皮燥湿理气除满；猪苓利水。共奏散寒化湿除满、健脾宽中、调理肠胃的功能，使寒湿得去。脾胃功能恢复，而泄泻自止。

加减法：腹痛甚可加木香；表寒重加用荆芥、防风；便如水泻不止，小便不利可加生苡仁 30 克、泽泻 15 克、滑石 30 克以分利小便。

典型病例：

王某，女，30 岁，因腹痛，泄泻水样便 2 天来就诊。自诉服前天中午吃雪糕后，晚上开始出现腹痛，泄泻稀烂便 7 次，伴腹痛肠鸣，自诉服黄连素后未效，昨天又排水样便 10 多次，脘腹闷胀，口干不欲饮，舌质淡红苔白腻，脉濡缓，证属寒湿困脾型，方选上述藿香正气丸加减的方药，服用 3 剂后，病情向愈。

2.湿热下注。

主证：泄泻腹痛，泻下急迫，臭秽，肛门灼热，或泻而不爽，烦热口粘，

小便黄短，舌红苔黄腻，脉滑数或濡数。

治法：清热利湿。

方药：葛根芩连汤加味。

煨葛根 30 克，黄芩 15 克，黄连 10 克，蚕砂 12 克，白头翁 15 克，苍术 15 克，槟榔 12 克，车前子 15 克，黄柏 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：煨葛根升清止泻；黄芩、黄连、黄柏苦寒清热燥湿：蚕砂、苍术燥湿；白头翁清肠法湿止痢；槟榔行气导滞；车前子分利小便。共奏清热利湿，升清止泻之功。

加减法：挟食滞加神曲 12 克、山楂 12 克、麦芽 15 克；发热、头痛等风热表证加银花 15 克、连翘 15 克、公英 30 克；腹痛胀加木香 12 克、白芍 15 克；夏日伤暑湿可加藿香 12 克，佩兰 12 克，荷叶 10 克等。

典型病例：

陈某，男，35 岁。因腹痛，腹泻 1 天来就诊，自诉昨晚与朋友在大排档吃饭，晚上 12 时开始出现腹痛，泄泻，先为黄色烂便，后为水样便，臭秽难闻，泻而不爽，肛门灼热感，至来诊时共 12 次、口干口粘，小便黄短，舌红苔黄腻，脉滑数。证属湿热下注，方选上述葛根芩连汤加味的方药，服 3 剂后泻止病愈。

3.食积滞中。

主证：泻下臭秽粘腻，夹杂有不消化食物残渣，脘腹胀满，暖腐食臭，泻后痛减，不思饮食，舌苔厚腻、脉滑数。

治法：消食导滞，调和脾胃。

方药：保和丸加减。

神曲 12 克，山楂 15 克，茯苓 20 克，制半夏 12 克，陈皮 10 克，莱菔子 12 克，连翘 12 克，布渣叶 15 克，火炭母 30 克，谷芽 30 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：神曲、山楂消食导滞；莱菔子消食积，行气除胀；布渣叶、火炭母化湿消滞；半夏，陈皮理气化湿，和中止呕；茯苓健脾渗湿。共奏消食导滞，调和脾胃之功。

加减法：大便不爽加槟榔 15 克、枳实 15 克，或改用枳实导滞丸，舌苔黄厚腻加川连 12 克，伤酒食加葛花 15 克。

典型病例：

刘某；男，20 岁。因腹痛 1 天来诊，自诉昨天中午吃海鲜后出现胃脘部胀闷不适，未予重视，晚上脘腹胀闷难忍，嗳腐食臭，并泻下 6～8 次的臭秽烂便，粘腻，便后胀痛减轻，不思饮食，舌苔厚腻，脉滑数，证属食积滞中，治以消食导滞，调和脾胃，方用上述保和丸加减之方药，服药 3 剂后病愈。

（二）口服中成药治疗。

1.藿香正气丸 1～2 支，每日 3 次。

2.保济丸或保和丸 1 支，每日 3 次。

3.黄连素 0.3 克，每日 3 次。

4.腹可安 3 粒，每日 3 次。

（三）针灸治疗。

1.体针治疗。

穴位：可选用梁丘、足三里，呕吐加中脘内关，兼发热加大椎、曲池。

手法：实证多用泻法，虚寒者可采用补法或加用灸法。

2.耳针疗法。

可选用小肠、大肠、交感、神门等，可埋耳针或用保济丸压耳穴。

二、西医治疗

急性肠炎发病较急，应积极采取措施，及时治疗。（一）一般处理。

如重症患者应卧床休息，饮食宜清淡易消化，勿进食肥甘厚味腻滞之品，可给予流质或半流状饮食，严重者禁食 6～12 小时，水泻多者应多饮淡盐水，注意观察病情，严重者记录出入量，防止休克。

（二）解痉止痛。

阿托品 0.5mg，肌注或皮下注射；654-2，10～30mg，口服、肌注或静脉滴注；普鲁苯辛 15mg，口服。

（三）输液，纠正水电解质及酸碱平衡失调，一般可口服 5%葡萄糖盐水，泻下甚不能口服者，给予静脉输注糖、糖盐、林格氏液等，有低钾者应在补液中加入 10%KC1，10～15ml/5ooml 液体、同时纠正酸碱平衡失调，有休克者应快速补液，迅速补充血容量，必要时加升压药。

（四）抗生素的使用：

一般病人不必用抗生素，但在病情严重时可酌情选用抗菌素，沙门氏菌感染可选用氯霉素、土霉素，致病性大肠杆菌感染可选用庆大霉素、痢待灵等，空肠弯曲菌感染首选红霉素。尚可选用奎诺酮类或头孢类。

（五）止泻剂的使用。

次碳酸铋 1～2 克，每日 3 次；鞣酸蛋白 1 克，每日 3 次，或硅酸银 1.0 克，每日 3 次。

（陈培琼）

第八节溃疡性结肠炎

溃疡性结肠炎是一种非特异性炎症性肠病。属于中医“泄泻”、“下痢”等范畴。若急重症者则为中医的”肠风下血”、“肠澼脏毒”。

本病的主要临床表现反复发作或持续性的腹痛、腹泻、粘液脓血便等肠道症状；部分病人还有口腔粘膜溃疡、皮肤溃疡、结节性红斑、关节痛、结膜炎、虹膜炎、角膜炎等肠外表现；中、重度病人还发热、营养不良、贫血甚或水、电解质紊乱。按病程经过可分侵性复发型、慢性持续型、急性暴发型和初发型等四种类型。诊断依据除临床表现外，还要结合血液、粪便、免疫、X 线钡剂灌肠等检查。纤维结肠镜及其病理活检具有确诊意义。要注意与慢性痢疾、肠结核、结肠癌、克隆氏病等的鉴别诊断。

中医学认为本病病位与肝、脾、大肠诸脏腑有关。素体脾虚，健运失职；或饮食所伤，留滞于内；或感受湿邪，中焦壅滞；或内伤七情肝脾失和等，均可致湿郁大肠，气血阻滞，传导失司，腹痛泄泻下痢而发病。若湿郁化热，湿热气血相搏，则化力脓血；若湿伤阳气，脾气下陷，脾肾阳虚，则脱肛下坠，滑脱不禁。可见，病因不外脾气虚弱，饮食所伤，内伤情志及感受外邪，且往往是多因素共同作用致病。基本病机为湿郁气滞于大肠。

西医学认为本病的发生可能与多种因素有关，包括免疫、遗传、感染、精神及过敏等因素。病变部位主要在直肠、乙状结肠，由此可向近端扩展，累及降结肠甚至整个结肠。病理变化在活动期除了肠粘膜非特异性急性炎症外，溃疡是其特征，而在缓解期则表现为非特异性慢性炎症。

［治疗］

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.气滞湿阻型。

主症：腹痛泻痢，粪带粘液，每次量少，便后不爽，里急后重，常伴胸胁胀痛，脘痞纳呆，舌淡红苔略腻，脉弦。治法：疏肝行气，祛湿导滞。

方药：四逆散合痛泻要方加减。

柴胡 12 克，白芍 15 克，枳壳 15 克，防风 12 克，白术 15 克，陈皮 6 克，木香 12 克，槟榔 12 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以柴胡、白芍疏敛并用，理气调肝；枳壳助柴胡舒肝解郁，又解中焦壅滞；防风醒脾理气胜湿；白术、陈皮健脾燥湿；加木香、槟榔以行气滞，除后重。诸药合用，共奏疏肝行气、祛湿导滞之功。

加减法：腹痛甚且痛处固定，舌质暗，此为夹瘀，宜加郁金 15 克、延胡 15 克、三七末 3 克（另冲）以法瘀止痛；大便稀烂，夹较多白色粘液，舌苔滑润，此为湿重，宜加苍术 15 克、浑朴 15 克、生苡仁 30 克以加强祛湿；脘胀纳呆，舌苔厚腻浊，此为兼食滞，宜加布渣叶 15 克、内金 15 克、谷芽 30 克。

2.湿热蕴结型。

主症：腹痛泄泻、粪挟黄色粘液脓血，肛门灼热感，或里急后重，口渴尿黄，舌质红苔黄腻，脉滑数。

冶法：清热祛湿，行气导滞。

方药：白头翁汤合芍药汤加减。

白头翁 15 克，黄连 10 克，黄芩 15 克，黄柏 12 克，秦皮 15 克，白芍 15 克，木香 12 克（后下），槟榔 12 克，甘草 6 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以白头翁清热解毒；黄芩、黄连、黄柏、秦皮清热燥湿；白芍善于调气和血，止下痢腹痛后重，与甘草同用以缓急止痛；木香、槟榔导滞行气，调气则后重自除。诸药配伍，共奏清热祛湿，调气导滞之效。

加减法：若见身热、烦渴，此为热重于湿，治宜加银花 15 克、连翘 15 克、败酱草 30 克以为强清解之力；若出血鲜红量多，此为热盛化火，损伤肠络，宜加地榆 15 克、槐花 15 克、侧柏叶 15 克以清热泻火止血。

典型病例：

蔡××，女，47 岁，干部。因反复发作性腹痛、排粘液便 13 年，发作一个月初诊。患者于 13 年前始出现大便带粘液脓血：伴左下腹痛，里急后重，当时在外院诊断为慢性结肠炎，经治症状理解，但以后反复发作，多次经纤维结肠镜检查诊断为“ 溃疡性结肠炎 ”，一个月前因工作关系，精神刺激后病情复发。现症：左下腹痛、大便时烂时硬，排便不爽畅感，时排较多脓血，呈暗红色，每日 3～4 次。口干苦，舌红，苔黄，脉细滑。肠镜示：结肠距肛门 45 厘米以下粘膜充血，水肿，局部糜烂、散在出血点。多次大便查阿米巴及培养阴性，诊断为“ 溃疡性结肠炎（慢性复发型）。中医辩证为大肠湿热阻滞伤络。治以清热祛湿，行气消滞，凉血止血。处方：川连、黄柏各 10 克，白头翁、秦皮、地愉、槐花、郁金、枳壳、延胡各 15 克，白芍、败酱草各 30 克、木香（后下）、大黄各 8 克。连服 14 剂后，大便条状通畅，无排粘液脓血便，每日大便 1 次，无腹痛症，原万去大黄、地榆、槐花，加太子参 20 克、白术 15 克，调治半年，无症状复发，查肠镜示大肠粘膜血管网模

糊。

3.脾虚湿停型。

主症：腹部隐痛，大便稀烂、或带粘液，时作时止，缠绵不愈、多于饮食不当则加重，常伴食后腹胀，纳呆胸闷，疲倦乏力，舌质淡或有齿印，舌苔腻，脉濡弱。

治法：健脾益气，祛湿消滞。

方药：资生丸加减。

党参 20 克，白术 15 克，茯苓 15 克，苍术 15 克，炒扁豆 30 克，炒苡仁 30 克，陈皮 6 克，藿香 15 克，白蔻仁 6 克，芡实 15 克，泽泻 15 克，谷芽 30 克。

方解：本方以参苓白术散为主，健脾益气祛湿，并加白蔻仁、藿香以芳香运脾化燥；泽泻行水除湿，芡实、谷芽健脾消滞，全方有健脾益气、祛湿消滞之功。

加减法：泄泻日久，精神疲靡，直肠脱出者，为脾气下陷，宜加用北芪 30 克、升麻 9 克、柴胡 10 克，有补中益气汤之意，以益气升提；若痢下如白冻，腹部冷痛，畏寒肢冷，此为脾阳受累、寒日内生，宜加熟附片 12 克、干姜 12 克、肉桂 1.5 克（焗），有附桂理中汤之意，以湿运脾阳，法散中寒；若舌苔或粘液转黄色，此为湿郁化热，可少佐黄连、黄柏，以寒热并用，清解郁热。

4.脾肾阳虚型。

主证：久痢不愈，粪便稀薄，带有白冻，或滑脱不固，腹中冷痛，腹胀肠鸣、面色㿠白，畏寒肢冷，头晕纳呆，腰膝痠冷，舌质淡胖，脉沉细无力。

治法：温朴脾肾，涩肠固脱。

方药：四神丸加味。

补骨脂 15 克，吴茱萸 6 克，肉豆蔻 6 克，五味子 10 克，干姜 10 克，肉桂 0 克（焗），白术 15 克，乌药 15 克。诃子 15 克，乌梅 15 克。

方解；本方以补骨脂补命门之火；吴茱萸温中祛寒；肉桂、干姜、乌药温阳祛寒止痛；肉豆蔻暖中涩肠；五味子、乌梅、诃子敛阴固涩止泻；白术健中燥湿止泻。全方诸药合用，共建温补肝肾，涩肠固脱之功。

加减法：大便夹有脓血，舌苔转黄者，可寒热并用，少佐黄连 10 克、黄柏 12 克、槐花 15 克、地榆 15 克之类以解湿郁之热。

（二）中药保留灌肠疗法。

因为溃疡性结肠炎患者多属于直肠、乙状结肠，用中药灌肠可使药直达病所，急性发作期用之奏效迅速。

1.肠涤清灌肠液（广东省中医院制剂）。

主症：溃疡性结肠炎活动期。

方法：肛管插入肛门 20～25 厘米，每次灌药液 100～200 毫升，尽可能保留时间长，每日 1 次，疗程 7～14 天。

2.青黛散或锡类散。

主症：溃疡性结肠炎活动期

方法：各可用 3 支，水调成 100 毫升灌肠液行保留灌汤。每日 1 次，疗程 7～14 天。

二、西医治疗

（一）糖皮质激素。

对于急性重度病人，首选糖皮质激素，每可获良效。目前多数采用冲击疗法。即每日静注地塞米松 10mg，连用 5 天后改用口服强的松，每日 40～60mg，随症好转行减量至每日 5～10mg 作维持治疗，可持续用 3 个月以上。

（二）磺胺药及抗生素。

对于急性重症者，可配合使用柳氮磺胺吡啶（sAsP），每次 0.5～1 克，口服，每日 3 次。若病情需要，可用到每日量 3～6g，分 3 次口服。待症状缓解，可逐渐成为维持量治疗，每日 1～2g，一般用药 3 个月，完全缓解可停药。对于慢性及轻、中度病人，sAsP 可作为首选药物，用法同上，但要注意其副作用。

急性发作期病人因抗抵力差，易继发肠道细菌感染，使腹泻症状加重，故可同时使用抗生素，一般选用对革兰氏染色阴性杆菌有效的药，或广谱抗生素，如庆大霉素、氯霉素、氨苄青霉素、先锋霉素等。

（三）免疫抑制剂。

因其副作用较大，故在国内较少使用免疫抑制剂，只是对激素及磺胺药治疗无效者可以试用，可选用硫唑嘌呤或 6—疏基嘌呤（6—MP），用量为每日每公斤体重 1.5mg。

（四）对症治疗药物。

腹痛者可选用颠茄类止痛药，不宜滥用抗胆碱能药物，腹泻甚者可偶用止泻药，如易蒙停、思密达等。

（五）其他治法药物。

腹泻甚脱水者，可补液；大出血者，要配合用止血剂，必要时输血，药物无效则手术切除病变肠段；中毒性巨结肠则要配合禁食，胃肠减压，肛管排气，营养支持疗法，纠正水电解质紊乱。

（黄穗平）

第九节慢性腹泻

腹泻是指排便次数增加和粪便有量与质的改变或含有病理性内容而言。腹泻病史超过两个月即可视为慢性腔泻。中医根据证说不同属“泄泻”、“鹜溏”、“飧泄”、“濡泄”、“注下”、“溏泄”、“下利”等。而部分的慢性腹泻则属中医“痢疾”、“肠澼”、“滞下”或“霍乱”等范畴。

一、慢性腹泻的临床表现有：

1.排便次数增多：少则 2～3 次，则 10 多次。

2.粪便性状的改变：可为稀水样、量多，不粘或含油光色彩；量少粘滞而杂脓血；果酱样恶臭；成堆、色浅、泡沫多、酸臭；粪中含未消化肉质纤维或菜叶，羊矢状粪与腹泻交替。

3.腹痛：伴腹痛或不伴腹痛，视不同疾病可出现不同部位腹痛。

4.其他伴随的症状可有：发热，里急后重，关节痛，消瘦，暖气，胃胀，食欲不振，腹胀等。

实验室及其他检查对病因、病位诊断有很大帮助，如：粪便镜检或培养；X 线或内镜的胃、肠道检查；消化道粘膜活组织检查；消化吸收试验；内分泌功能试验，免疫学检查西医认为腹泻的原因为胃肠道，主要是肠道的粘膜细胞的运转（包括分泌与吸收），通透性、腔内的渗透压和胃肠道的运动的异常所致。其发病原理及分类可归纳为以下 5 个方面：（1）分泌的增加——

渗出性腹泻。为肠粘膜有病理性渗出物；(2) 肠腔内渗透压的增高——分泌性腹泻。由于胃肠主动性地分泌水和电解质增加，使胃肠内容增多；(3) 吸收过程的障碍——渗透压性腹泻。与前者不同的是由于吸收障碍，使肠内含有不能吸收的非电解质，使肠内的有效渗透压增高，从而减少了水、电解质的吸收；(4) 肠吸收面积的减少——吸收紊乱性腹泻。由于对水、电解质吸收面或吸收过程本身的紊乱；(5) 肠蠕动的增加——肠运动功能紊乱性腹泻。由于肠蠕动增快以致肠腔内食糜没有足够的时间被吸收。

二、慢性腹泻常见病有：

（一）渗出性腹泻。

1.感染性炎症（包括局部和全身）。

细菌：如菌痢、结核。寄生虫：阿米巴肠炎、血吸虫病。病毒。真菌：白色念珠菌。其他：伤寒、副伤寒、E-CHO、柯萨奇病毒。

2.非感染性或原因未明：慢性非特异性溃疡性结肠炎、局限性肠炎、肉芽肿性结肠炎。

3.肿瘤。

4.其他：消化道憩室、嗜酸性粒细胞性胃肠炎、变态反应性腹泻。

（二）分泌性腹泻。

1.感染性：霍乱，食物中毒。

2.非感染性（内分心性或体液性）：胰源性溃疡，胰性霍乱，甲状腺髓瘤，类癌。

（三）渗透压性腹泻。

吸收不良综合征，小儿乳糜病，双糖类不耐受症，肠道菌群失调。

（四）吸收紊乱：先天性氯泻。

（五）肠运动功能紊乱：结肠激惹综合征。

中医认为泄泻的病因是：“湿多或五泄”，以水湿痰浊的失运、滞于肠道，致令运化迟滞，升降失司，清浊不分，水谷并走肠道，遂致泄泻。其病位责在脾胃肠道。盖三者主运化、升降、分清泌浊之责。而肝主疏泄，协调脾胃之运转；肾主二阴，暖脾助运；肺主肃降，通调水道，亦有一定作用，故与肝、肾、肺三脏的功能相关。病因不外是：外因六淫之邪，内因七情、饮食不节、脏腑生克所致。

[治疗]

一、中医辩证治疗

泻分暴久，暴泻多实，久泻多虚；暴泻重在祛邪，久泻以扶正力主；久泻虚实相兼者，又宜补虚祛邪并用；若寒热错杂，又宜温清并行。久泻不宜漫投分利，清热莫过于苦寒，补虚勿纯用甘温。

中医分型中寒湿、湿热、伤食泄泻属暴泻范围，故在此不加赘述。

（一）肝郁痰结。

主证：左少腹痛，部分病者可在左下腹触及条索状包块，严重者右下腹亦可出现。大便稀烂，夹杂多量粘液，每于左下腹痛后排便，每天次数不等。舌淡红，苔白滑或腻浊，脉弦滑。

治法：疏肝理气，导痰化浊。

方药：四逆散合二陈汤加味。

柴胡 12 克，白芍 12 克，枳壳 12 克，陈皮 9 克，云苓 15 克，法夏 12 克，白术 15 克，神曲 12 克，甘草 8 克。

方解：柴、芍、枳、草为四逆散，疏肝理气；陈、苓、夏、草为二陈汤，燥湿化痰，理气和中；加白术、神曲健脾以助运化。《医宗必读·泄泻》措出：”痰泄者，痰留于肺。大肠不固。”而引起这类腹泻。

典型病例：

张×，女，22 岁，左下腹痛，排便稀烂，时杂粘液，每天约 2～3 次已 3 年。自诉每于排便前必左下腹痛，有时可触及包块时隐时现。伴喉间有痰梗阻感、胸闷，每于清晨必呕吐痰涎少量，后胸闷始缓解，经多次检查未发现器质性病变，诊为“结肠易激综合怔”。中医诊断：泄泻（肝郁痰结）。予四逆散合二陈汤加味以疏肝理气，导痰化浊，喉间梗阻、呕恶痰涎及泄泻亦愈。

（二）肝郁湿阻。

主证：每遇情绪紧张或精神刺激而诱发。排便稀烂，少粘液，一般腹痛轻微，每日排便可十多次，每于餐后（特别是早餐后）腹痛即泄，泄后痛减，腹泻常随精神情绪的改变而呈周期性发作，兼见胸院腹满、肠鸣、头晕、纳呆、四肢倦怠、大便稀烂、舌苔腻浊，脉濡滑或缓。

冶法：抑木扶脾，燥湿化浊。

方药：痛泻要方合藿朴夏苓汤。

白术 15 克，白芍 12 克，陈皮 9 克，防风 12 克，藿香 10 克，半夏 10 克，赤苓 15 克，杏仁 10 克，苡仁 30 克，白蔻仁 5 克，猪苓 15 克，泽泻 15 克，厚朴 12 克。

方解：白术健运补脾，白芍泻肝木、陈皮理气醒中，防风散肝舒脾，共成泻肝补脾、调气机以止痛泻，故名“痛泻要方”；加杏仁开上焦，蔻仁宣中焦，苡仁导下焦之湿；及厚朴、半夏苦温除湿；藿香、二苓、泽泻以加强芳化诊湿之力。典型病例：王××，男，20 岁，一年来每日大便 5～6 次。粪多稀烂，除早餐前大便一次外，早餐后必腹痛欲便，泄后痛减，间有粘液。自诉了读高中毕业考试，精神紧张始作。伴胸脘胀满，肠鸣，纳呆。舌淡红，苔腻浊，脉濡。诊为泄泻（肝郁湿阻）。初由情绪所致，肝木尅脾，脾失运化，湿浊困阻所致，以痛泻要方抑木扶脾、合藿朴夏苓汤燥湿化浊而渐愈。

（三）肝郁风泄。

主证：肠鸣泄泻，甚则腹痛奔迫，大便稀溏，日 3～5 次不等，食少纳呆，院痞口渴，舌红少苔，脉细弦数。

治法：酸甘化阴，柔肝安肠。

方药：柔肝安肠汤（自拟验方）。

乌梅 10 克，木爪 12 克，石斛 15 克，北沙参 15 克，山楂 12 克，麦冬 15 克，淮山 15 克，谷麦芽各 30 克，石榴皮 30 克。

方解：肝疏泄太过，致肠道滑泄而泻。乌梅、木瓜、山楂、石榴皮酸涩收敛；石斛、沙参、麦冬甘凉清淡以养阴；淮山健脾止泻；谷麦芽助消导以运脾止泻。

典型病例：

花××，男，46 岁。两年前因便秘，医予泻药，后自买大黄、番泻叶通便，初尚可，但粪渐稀烂，停泻药，大便仍稀，近 2 月来变为稀溏，日 3～5 次不等，便前必肠鸣。腹痛奔迫，伴食少、纳呆、脘痞、口渴。舌红，舌干少苔，脉细数。本证初由便秘，以泻药疏泄太过，至肠道滑泄，阴律亏损。宜酸甘化阴，柔肝安肠之法，以自拟柔肝安肠汤调治两月余而愈。（四）水

饮留肠。

主证：素盛今瘦，肠鸣漉漉有声，便泻清水样，或呈泡沫状，泛吐清水，腹胀尿少，舌淡，苔白润滑，脉濡滑。

治法：健脾利湿，前后分消。

方药：苓桂术甘汤台己椒苈黄丸。

桂枝 10 克，白术 15 克，茯苓 30 克，甘草 8 克，防已 15 克，椒目 10 克，葶苈子 12 克，大黄 10 克。

方解：茯苓健脾利水；桂枝温阳化气；白术运脾燥湿；甘草调和脾胃合防已、椒目利尿；享苈子泻肺利水；大黄泻下前后分消。

典型病例：欧阳××，男，53 岁。腹胀，肠鸣漉漉，大便日 3～5 次。粪色浅淡，有泡沫，带酸味。口泛清涎，纳呆尿少，发病一年，体重减轻七八斤。舌淡、苔白润滑，脉濡滑。考虑病者素盛今瘦，水走肠间，漉漉有声，为痰饮留于肠间，无能前后分消。诊断：“ 吸收不良 ”。中医诊断：泄泻（水饮留肠），痰饮者，当以温药和之。于苓桂术甘汤合己椒苈黄丸，后泻止、人亦渐胖。

（五）瘀阻肠络。

主证：泄泻迁延日久，大便杂赤白粘冻，泻后仍有不尽之感，腹部刺痛，多于两侧少腹部，面色晦滞，舌质暗红或边有瘀斑，脉弦涩。

治法：化瘀通络，和营止痛。

方药：少腹逐瘀汤合驻车丸加减。

蒲黄 9 克，灵脂 12 克，当归 12 克，川芎 12 克，玄胡 15 克，没药 3 克，桂心 1.5 克（焗），小茴香 1.5 克，干姜 12 克，阿胶 12 克（烊），川连 10 克。

方解：蒲黄、灵脂、当归、川芎活血化瘀；玄胡、没药活血定痛；桂心、小茴香、干姜以温经散瘀；川连、阿胶以和营清泄瘀热。

典型病例：周××，男，38 岁。五年前因一次大量食荔枝后，出现大便粘液脓血。日十余次，后经治疗，大便每日仍 5～6 次，杂赤白粘冻，时有鲜血，便后有不尽感。肠镜检查：溃疡性全结肠炎。现两侧少腹痛，面色晦滞，舌暗红、边瘀、脉弦细。诊为：泄泻（瘀阻肠络）。宜化瘀通络，和营止痛。予少腹逐瘀汤合驻车丸加减而愈。

（六）寒热互结。

主证：泻下迁延日久，大便粘滞或杂粘液，或脓血，腹痛，肛门重坠，口淡，舌淡红，苔黄厚腻，脉濡数。

治法：扶正祛邪，寒热并用。

方药：乌梅丸加减。

附子 12 克，桂枝 10 克，党参 15 克，苍术 12 克，干姜 12 克，炙草 10 克，黄柏 15 克，川连 12 克，当归 12 克。乌梅 10 克。

方解：本型为久病气血、脾气虚，又湿热留恋下去。前六味为附桂理中丸，以苍术易白术，温中补脾；黄柏、川连清留恋湿热；当归养血；乌梅酸敛以涩肠止泻。

典型病例：

安××，男，49 岁。患溃疡性结肠炎 10 年，曾到各大医院医治，使用激素、柳氮磺胺嘧啶等药。病无起色。近期便下粘液脓血，淋漓不休，日十余次，腹痛，肛门重坠，面色苍黄，形瘦骨立，神疲乏力，发热 38.4℃，持

续已一周，但其人口淡，不欲饮水，舌淡嫩而苔黄厚腻秽浊，脉滑。诊为：泄泻（寒热互结，正虚邪实），宜扶正祛邪，寒热并用，苦降辛开，以乌梅丸加减，月余，诸证愈。

（七）脾虚泄泻。

主证：大便溏泄，清冷，甚则完谷不化，食后腹胀，喜按，面黄色萎黄，食欲减退，肌瘦无力。舌淡苔白，脉细弱。

治法：健脾益气。

方药：参苓白术散。

人参 12 克，白术 15 克，茯苓 15 克，炙草 10 克，砂仁 6 克，陈皮 9 克，桔梗 12 克，扁豆 15 克，淮山 15 克，莲子 15 克，苡仁 15 克，北芪 18 克。

方解：参、术、苓、草健脾益气；砂仁、陈皮……苡仁等健脾化湿；加入北芪增强健脾益气功效。

典型病例：

过××，男，40 岁。患“克隆”氏病多年。激素治疗未能控制。于两年前因腹部包块，出现“肠梗阻”而作部分切除术，激素已停用。其人消瘦，面萎黄，食欲不振，餐后腹胀，大便溏，完谷不化，日 2～3 次。舌淡嫩，边齿痕。苔白薄润，脉细弱。诊为：泄泻（脾虚）。宜健脾益气，予参苓白术散加味调治约半年后而愈。

（八）肾虚泄泻。

主证：泄泻每于黎明前脐腹作痛后，肠鸣即泻，泻后即安，腰膝痠软、形寒、肢冷，舌淡、苔白、脉沉细。

治法：温补脾肾，固涩止泻。

方药：四神丸合附桂理中丸加味。

破故纸 15 克，吴茱萸 5 克，肉豆蔻 6 克，五味子 8 克，附子 12 克，肉桂 3 克（焗），党参 18 克，白术 15 克（土炒），干姜 12 克，炙草 10 克，赤石脂 12 克，石榴皮 30 克。

方解：故纸补肾阳；肉蔻、吴茱萸温中散寒；五味子收敛止泻；加附桂理中丸温中健脾；赤石脂、石榴皮固涩止泻。

典型病例：

沈×，男，42 岁。患“肠结核”两年，初予抗结核治疗，后因对药物不能耐受，改服中药。但效果欠佳。消瘦，盗汗，低热 37.3℃～37.6℃。每于黎明前必脐腹作痛，肠鸣即泻，泻后即安，日 1～3 次不等。伴腰膝厦软，耳鸣，足跟痛。舌淡，苔白薄，脉沉细。诊为：泄泻（肾虚）、宜温补脾肾，固涩止泻。予四神丸合附桂理中丸加味，调理三月，肠鸣、腹痛、泄泻、低热、盗汗均愈。

二、西医治疗

（一）病因治疗。

慢性腹泻原因很多，应及早寻找病因，对病治疗，如感染性腹泻应采用相应敏感的抗菌或抗病原体药物（包括细菌、原虫、病毒、真菌多种感染）。如分泌性腹泻，发现肿瘤所在应切除之或化疗。其他疾病所致腹泻可参考有关书籍，在此不赘述。

（二）对症治疗。

止泻药的使用原则上应在无急性感染的前提下考虑。

1.各种慢性腹泻；复方樟脑酊及合成鸦片类制剂，有抗蠕动、抗分泌作

用，适甩于各种慢性腹泻，用以对症处理。包括：包括复方樟脑酊、可待因、苯乙呱啶、复方苯乙哌啶（止泻宁）、洛哌丁胺（易蒙停）等。

2.多数感染性腹泻：次抑酸铋（Pepte-Bismol）为抗分泌药，30～60ml，4 次/日，对大多数感染性腹泻也有效，对致病性大肠杆菌效果尤佳。可作旅行者腹泻预防用。”

3.甲状腺髓样癌：阿司匹林，生长激素释放抑制素，麦角隐亭（Bromocriptine）可考虑使用。

4.胰源性霍乱：阿司匹林，可乐定（可乐宁，Cloni-dine）可考虑使用。

5.类癌：生长激素释放抑制素。

6.结肠易激综合征：抗胆碱能药物，如阿托平、解痉灵（丁溴东莨菪碱）、山莨菪碱（654—2）；钙通道阻滞剂，如戊脉安（异搏定，异搏停（Isoptin），硝基吡啶（心痛定）。

7.其他：镇静剂安定类的衍化物，如抗焦虑药甲氧茚哌（Oxypertine）；抗抑制药丙咪嗪（TOfranil）等对精神因素所致腹泻可选用。

8.肾上腺皮质激素：可用于多种慢性腹泻，但功能性腹泻一般不主张使用。

（余绍源）

第十节功能性便秘

便秘是常见症状，指排便习惯及粪的性状改变而言，即排便次数减少，或排便困难和粪干燥硬结或粘滞难排。因而便秘的含义为：排便次数≤3 次/周；25%以上时间排便费力；25%以上时间粪质软硬或呈硬球状；25%以上时间有排便不尽感。钡剂灌肠或肠镜检查排除器质性病变。

便秘中医古今名称很多，有“大便难”、“后不利”、”脾约”、“阳结”、“阴结”、“肠结”、”风秘”、“热秘”、“风燥”、“热燥”、“虚秘”等，现统称“便秘”。

便秘的表现：大便 2 天以上不排，长者可达 1 周，或全天便意，或仅矢气频作，或便意急迫，或腹痛欲固，但临厕时则排便困难，挣努难下，排便时间延长，或完全无粪便排出，如偶尔排出，粪块大多结硬，如羊矢状。球状不等，有的因肛裂便后点滴鲜血，有的杂粘液、粪有时不结硬而粘滞不爽。病者还可伴有不同症型的其他症状。总之，病人是以“便秘”为主诉而求医。

便秘的诊断一般不难，根据大便习惯与粪便的性状改变即可作出，但首先应鉴别属器质性或功能性便秘。由多种器质性疾病引起的便秘，称器质性便秘，是多种疾病的症状之一。非器质性疾病引起的称功能性便秘。可通过大便常规了解粪便性质，有无脓血；胃肠 X 线检查了解肠道运动情况；肠道内窥镜了解结肠粘膜结构，除外肿瘤、息肉、狭窄、梗阻、痔疮等器质性疾病，必要时还可采取活组织检查，以排除原发性疾病因素。

西医认为功能性便秘大多为直肠性便秘，其原因有：

1.排便动力缺乏：年老体弱，肥胖或明显消瘦，多次妊娠，经产妇引起腹肌、肠平滑肌、提肛肌功能衰弱。

2.结肠痉挛：结肠功能紊乱，可引起便秘与腹泻交替，如结肠易激综合症。

3.肠蠕动减弱：多由不良饮食习惯造成，食物渣滓太少，肠道受刺激不

足。

4.直肠排便反射迟钝或丧失：如忽视便意，抑制排便，不定时排便。

5.自主徘便反射削弱：滥用泻药或灌肠，造成排便的依赖性。

中医认为便秘的原因虽然多种，但不外是大肠传导功能失常所致，其原因有：过食辛热炙煿厚味，嗜饮酒浆，大肠积热；或情志郁结，气机阻滞，腑气不通；或年高体弱，阳虚阴盛，阴寒凝聚，阳气不通，腑气壅遏；或病后，产后，劳倦内伤、气血津液亏虚、以致无力传送或肠道干涩，失调难下。

[治疗]

一、中医辩证治疗

（一）实秘。

1.燥热秘。

主证：大便干洁，口干燥渴，腹胀痛，小便短赤，舌红，苔黄燥，脉滑数。

治法：清热润肠。

药物：麻子仁丸加味。

川朴 15 克、枳实 15 克，大黄 10 克（后下），麻子仁 30 克，杏仁 12 克，芍药 15 克，生地 40 克。

方解：川朴、枳实、大黄为小承气汤泻胃肠燥热；麻、杏、芍、地益阴润肠，使腑气通、津液行、便秘愈。

典型病例：

马××，男，38 岁。从事高温作业。10 年来排便艰涩难下，服泻药可通快一时，但多服无效，近一周来排便更难，腹胀痛，口干渴，舌红、苔黄燥，脉滑数。诊为便秘（燥热）。然上方 3 剂，通便后复诊，按原方去大黄，加木香 10 克（后下），尖槟榔 15 克。

2.气滞秘。

主证：大便艰涩难下，胁肋胀痛，嗳气、呃逆，食欲不振，腹胀欲便，排便不畅，后重窘迫，舌苔薄白，脉弦。

治法：顺气导滞，降逆通便。

方药；六磨饮加减。

槟榔 15 克，木香 12 克（后下），枳实 15 克，台乌 12 克，柴胡 12 克，沉香 9 克（后下），青皮 9 克，白芍 30 克。

方解：乌药、木香行气；沉香降气；枳实、槟榔破气下气；柴胡、青皮疏导气机，解除郁滞，重用白芍以缓解痉挛性便秘。

典型病例：

梅××，女，48 岁。大便不畅半年。平素多疑善感，忧郁寡欢。胁胀、嗳气、食欲不振，排便不畅，后重窘迫，近日谋事不遂，诸症加则，已一周未能排便。诊时嗳气频频，自诉气顶上喉，憋闷欲死。舌淡红，苔白薄，脉弦细。诊为便秘（气滞）。以上方 5 剂，大便通，嗳气止。

（二）虚秘。

1.气虚秘。

主证：神疲乏力，少气懒言，虽有便意但挣努难下，甚则汗出，大便不干结，舌胖或有齿印，脉虚无力。

治法：益气通便。

方药：补中益气汤加减。

北芪 18 克，党参 15 克，白术 60 克，当归 12 克，陈皮 10 克，升麻 9 克，柴胡 10 克，姜活 12 克，防风 12 克。

方解：重用白术以润肠通便；北芪、党参补气；当归补血；升麻、柴胡升阳；姜活、防风、陈皮疏导气机，合参芪以通便。

典型病例：

罗×，男，58 岁。半年前患肠伤寒后，大便渐感吃力。虽拼力挣努，粪块达肛门亦难排出，甚则大汗淋漓，气短喘促，但粪块不坚。其人瘦长，神疲乏力，舌淡嫩，有齿印、苔白薄润，脉细弱无力，以上方，嘱坚持门诊，三月后，如常矣。

2.血虚秘。

主证：大便干结，起立时眼前昏暗，唇舌色淡，脉细。

治法：养血润燥。

方药：润肠丸加减。

火麻仁 30 克，当时 15 克，桃仁 12 克，羌活 12 克，肉苁蓉 30 克，生地 30 克，首乌 30 克。

方解：当归、首乌、生地补血养阴；麻仁、桃仁、肉苁蓉润肠通便；羌活配合养血药能疏利血中气滞，通润大便。

典型病例：

蓝××，女，38 岁。因子宫功能性出血，量多，迁延半年后，大便干结难下，由妇科转诊。面色苍白，自诉眩晕，近期出血已停止。舌淡，苔白薄，脉细沉，以润肠丸加减方，渐愈。

3.肾虚秘。

主证：大便不畅，但粪不坚干，腰瘦背冷，小便清长，手足不温，或腹中冷痛，舌淡，苔白，脉沉迟。

治法：温润通便。

方药：济川煎加味。

当归 15 克，牛七 15 克，肉苁蓉 30 克，泽泻 12 克，升麻 10 克，枳壳 12 克，熟附子 12 克，干姜 12 克，熟地 30 克，党参 15 克。

方解：肉苁蓉温补肾阳，并润肠通便；当归养血润肠；牛七、泽泻性降而润，引药下行；枳壳宽肠下气；升麻轻宣阳气，升情而降浊；合成温润通便之剂。加熟附、干姜温阳；党参补气；熟地养阴，使温润之力更强。

典型病例：

陆××，男，70 岁。肺心病，动则气促，下肢浮肿 10 年。近年来大便艰难，便后气不能续，初期以”开塞路”可通，渐无效，必以手挖出方可，痛苦不堪。手足清冷，腰膝瘦软，夜尿频多，喜热饮，食物稍凉则恶心欲呕。舌淡暗，苔白润，脉沉迟。诊为：便秘（肾虚）予济川煎加味，配合“开寒路”，便通，后撤去开塞路，亦通。

4.阴虚秘。

主证：便秘顽固，时或 3～4 天大便一次，干结难下，腹痛不甚。或伴失眠，焦虑，烦闷，忧郁，头痛，头面阵热，胸闷，心悸等。舌红苔少，脉弦细数。

治法：滋水涵木，舒肝清热。

方药：滋水清肝饮。

生地 40 克，淮山 15 克，山萸肉 12 克，丹皮 12 克，茯苓 12 克，泽泻

12 克，柴胡 12 克，当归 9 克，白芍 15 克，山枝子 9 克，大枣 4 枚。

方解：本方即六味地黄汤加柴、芍、归、枝、枣。六味地黄汤滋阴补肾水，柴胡、当归、白芍、山枝、大枣即逍遥散之减味，在于舒肝清热。由于本型乃肝郁日久化热，灼烁阴津，水亏火旺，故不用泻下，其便自通。

典型病例：

何××，女，50 岁。月经紊乱，先后无定期，量或多或少已 2～3 年，顽固便秘。常 3～5 天或一周不解，干涩难下，伴烦躁、焦虑、失眠、头痛、心悸、胸闷，经多方面检查无异常，西医诊为“更年期综合征”，舌红、苔少、脉弦训数。中医诊为“便秘”（阴虚），以滋水清肝饮滋水涵木。

舒肝清热，坚持服用两个月，后诸证好转，大便亦通。

二、西医治疗

慢性便秘一般不主张滥用泻药，器质性者应针对原发病治疗，单纯性便秘也应针对原因处理。

（一）饮食及生活调理。

1.饮食：多饮开水，每天清晨可饮温开水或盐开水一怀。多食水果（苹果除外）、蔬菜及多渣食物，如笋类，麦片、麸皮、标准面粉。

2.定时每天坚持蹲坐排便 10～20 分钟，养成排便习惯。

3.加强排便动作（排便时一收一放）锻炼，及腹肌锻炼，尤其体弱，活动少者。

（二）泻药应用。

1.扩容性泻药：适用于少渣饮食，功能性便秘者。此类泻药能增加肠容积引起肠管蠕动。

（1）盐类泻药：硫酸镁 10～20 克/次；氧化镁 1～3 克/次，日 3 次。如为镁乳剂，每次 15 毫升。

（2）高渗性泻药：山梨醇 5～10 克/次，日 2～3 次；60%乳果糖 10～36 毫升，2～3 次/日。

（3）膨胀性泻药：作用缓和，琼脂 15～30 毫升，日 2 次；甲基纤维素 1.5～5 克/日。

2.润滑性泻药：服后不易吸收，润滑肠壁，石腊油 15～30 毫升，睡前服，久服可妨碍脂溶性维生素和钙、磷的吸收。

3.刺激性泻药：是峻泻剂，刺激肠蠕动，对排便动力衰竭或缺乏有一定帮助，但因作用非生理性，故不宜长期服，只适于临时处理。

（1）酚酞 0.05～0.2 克，睡前服；（2）蓖麻油 15～30 毫升，睡前服；（3）波希鼠李皮 0.3～0.6 克/次；（4）大黄苏打片 2 片/次；（5）甘油栓 1 粒/次纳肛；（6）开塞露每次 1 个，挤药液入直肠。

4.润湿性泻药：使水份渗入粪便，软化，膨胀而排出。如章丁酯磺酸钠，每天 50～200 毫克口服，适用于粪便坚硬，排便无力，肛门，直肠病患者。

5.肠蠕动促进剂：刺激肠道神经或肌层引起蠕动增强而排便。①比沙可啶（便塞停）：5～10mg/次，日 1 次；②优尼必利：10mg/次，日 1～3 次。

（余绍源）

第十一节肠易激综合征

肠易激综合征是一种肠道功能紊乱性疾病，属于中医“腹痛”、“泄泻”、

“下痢”、“便秘”等病证。若精神神经症状严重者，还可归入“郁证”的范畴。

本病的主要临床表现为腹痛及大便习惯、性状的改变；表现为腹泻、便秘、粘液便的单独及交替出现。大部分患者还伴有不同程度的精神神经症状，如头晕乏力、眠差及焦虑症。有的病人还伴腹部胀气、嗳气、泛酸、食欲不振等消化不良症状，女性患者可出现月经失调，根据症状特点，临床上可分为腹痛腹泻型、无痛性腹泻型，便秘型及粘液便型等，但至今尚无统一的分型方法，较多人倾向于分腹泻型与便秘型二大类。因肠易激综合怔无特异性指标可依据，故诊断首先是强调详细采集病史、分析和把握其临床特征，有步骤地进行检查，谨慎地排除可能的器质性疾患，还要注意随访，特点为病程虽长，但极少出现营养不良。检查除体格检查外，还要做血、尿、粪三大常规，粪查病原体，肝、胆、胰及甲状腺功能、空腹血糖、血沉等联合化验及消化道 X 线钡餐、纤维结肠镜、结肠腔内动力学、体表结肠电、腹部 B 超或 CT 等待殊检查。要注意与炎症性肠病、慢性痢疾、结肠慈室与息肉、肿瘤、慢性胰腺炎、消化吸收不良、乳糖酶缺乏症、糖尿病、甲状腺功能异常等鉴别，女性患者还要行妇检，以排除盆腔脏器病变引起的腹痛。

中医学认为本病发病与肝、脾、肾诸脏腑有关。病位主要在大肠。情志疏泄异常，肝脾失调；或饮食所伤，脾气受损，运化失职；或肾阳虚衰，不暖脾土，脾失健运，均可致大肠气讥异常，肠肌传导糟粕异常则大便改变，大肠气机郁滞不通则腹痛腹胀。可见，病因不外情志，饮食及脾肾虚弱，基本病机为大肠气机异常。

西医学认为本病的发生与精神、饮食两大因素有关。有的还认为与遗传体质、肠道感染有关。基本病理生理学是机体对多种生理性或非生理性刺激的反应性增高。包括胃肠动力学异常，内脏感觉异常敏感和结肠粘膜粘液分泌增多等。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.肝郁气滞型。

主症：大便不调，或稀烂便，细条状，排不爽，日解多次；或粪干结，羊粪状，排便难，多日一解；或粘液便，如胶冻，后重感，次数不定。以情绪不畅时多发或加重，常伴少腹痛，或腹时有条状物隆起，胸胁胀满，暖气太息，失眠多梦。妇女月事不调，舌质淡红、苔薄白或厚腻，脉弦或滑。

治法：疏肝理气。

方药：加味四逆散。

柴胡 10 克，白芍 15 克，枳壳 15 克，木香 12 克（后下），郁金 15 克，佛手 15 克，延胡索 15 克，苏梗 12 克，甘草 6 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中以四逆散为疏肝主方，其中柴胡疏肝解郁，白芍柔肝体而益肝用，与甘草配伍能缓急止痛。枳实改为枳壳意在取其既可泻脾气之壅滞，又可宽畅气机。加木香，佛手、苏梗以加强疏肝理气作用；加延胡索、郁金以行气活血止痛。诸药合用，共奏疏肝理气，通滞止痛之效。

加减法：大便稀烂者，此为夹湿泄泻，宜加藿香 12 克、白术 15 克以化湿燥湿；大便干结者，此为气滞便秘，宜加郁李仁 20 克、槟榔 15 克以通便；粪便带较多白色胶冻，此为痰湿，可加苍术 15 克、陈皮 6 克、莱菔子 15 克；

若病人出现便秘伴口干喜饮，头面阵热，烦闷失眠，舌红少苔，则为肝郁化热，的伤阴津，宜加生地 30 克、麦冬 15 克、玄参 15 克、熟枣仁 15 克、火麻仁 30 克以增液行舟。

2.肝气乘脾型。

主症：平素并无腹痛，大便正常，但稍有情绪激动或饮食过急，即腹痛欲便，排稀烂便，粪量不少，便后痛减。舌质偏红，舌苔虚黄或黄，脉弦。

治法：抑肝扶脾。

方药：加味痛泻要方。

白术 15 克，白芍 30 克，防风 15 克，陈皮 6 克，延胡索 15 克，淮山 30 克。

方药：方中大量白芍敛肝泄木，缓急止痛；防风泻肝舒脾；白术健脾燥湿；淮山健脾养阴；陈皮和中理气，配延胡字以行气止痛，诸药相配，可泻肝木而扶脾土，调气机以止痛泻。

加减法：痛居可肝气化风，风善行数变，致无明显诱因亦可突然腹痛欲便，奔迫登厕，肠鸣如雷，大便稀烂或水样，舌红少苔，脉弦且数，治可加乌梅 15 克、木爪 20 克、山楂肉 15 克、浮小麦 15 克以酸甘化阴，柔肝泄木；若口苦且十，舌红苔黄腻，此为湿阻化热，宜加黄连 10 克、黄芩 15 克以清热燥湿。

典型病例：

廖××，女，21 岁，学生。患者于 1 年前因学习紧张而出现经常左下腹疼痛，大便稀烂，日行 2～3 次，无粘液，以考试前复习时症状加重，伴心烦失眠，胃纳不佳，但无明显消瘦，曾化验 T3、T4 均正常范畴，腹部 B 超查肝、胆脾、胰正常，纤维结肠镜检查示：结肠激惹现象，未见器质性病变。服用过西药普鲁本辛、谷维素、维生素 B1、易蒙停等治疗，症状不能级解，遂来求中医诊治。刻下：仍易左下腹疼痛发作，痛则欲便，排稀烂大便，便后痛减，胃纳欠佳，舌质红，苔黄腻，脉弦数。西医诊断力结肠易激综合征。中医诊断：泄泻、腹痛。辩证为肝气乘脾，大肠湿热。治以抑肝扶脾，清热燥湿。处方：白芍，太子参、珍珠母各 30 克。郁金、佛手、玄胡索、白术各 15 克，川连、木香（后下）、藿香、布渣叶、防风各 10 克。每日 1 剂，水煎服。连服 7 剂，腹痛缓解，大便条状，每日 1 次，心烦失眠减轻，胃纳增进。嘱注意合理安排学习与休息，适当体育锻炼、保持乐观情绪。

3.脾胃虚弱型。

主症：平素面色㿠白，神疲乏力，纳后腹胀，大便猜烂。稍有饮食不慎，或进食生冷油腻则大便次数增多，大便稀烂或水佯，夹有不消化食物，腹胀肠鸣，舌质淡或有齿印，舌苔白腻，脉弱无力。

治法：健脾祛湿。

方药：参苓白木散。

党参 20 克，白术 15 克，茯苓 15 克，淮山 30 克，炒扁豆 30 克，莲子肉 30 克，炒苡仁 30 克，砂仁 6 克，桔梗 10 克。甘草 6 克。

方解：方中参、术、苓、草合为四君子汤，健脾益气又祛湿；淮山、扁豆、莲子以加强健脾祛湿之功。砂仁理气醒脾，苡仁渗湿以实大便，桔梗为使，载药上行；甘草益气和中。诸药合用，有健脾祛湿止泻之功。

加减法：形寒肢冷，腹部冷痛，脉沉迟者，此为脾阳不足，宜加干姜 10 克、熟附片 10 克、肉桂 3 克（另焗）以温脾补阳法寒；若舌苔腻而微黄，此

为湿阻化热，寒热夹杂可少佐黄连 6 克、黄柏 10 克以清热燥湿。

4.脾肾阳虚型。

主症：黎明之前脐下作痛，肠鸣而泻，泻后稍安，腹部发凉，喜暖畏寒，腰膝瘦软，形寒肢冷，舌质淡胖，黄白，脉沉细。

治法：温补脾肾。

方药：四神丸合附桂理中丸加减。

破故纸 20 克，吴茱萸 6 克，肉豆寇 10 克，五味子 10 克，干姜 10 克，熟附片 15 克，白术 15 克，党参 20 克，乌药 15 克，茯苓 15 克。

方解：方中破故纸补命门之火；吴茱萸温中祛寒；肉桂、熟附、干姜、乌药温阳祛寒止痛；肉豆寇暖中涩肠；党参健脾益气；白术、茯苓健中祛湿。请药合用，共健温补脾肾，涩肠止泻之功。

（二）对症选药。

宜在辨证的基础上选用。

止腹痛药物：可选用郁金、佛手、延胡、白芍、乌药、田七等。

改善大使药物：便秘者可选用瓜蒌仁、郁李仁、火麻仁、桃仁、槟榔、沉香、生地等；腹泻者可选用藿香、白术、淮山、芡实、茯苓、苡仁等；粘液使可选用苍术、白木、厚朴、防风、陈皮等。

改善精神神经症状药物：可选用苏梗、香附、白芍、珍珠母、熟枣仁、龙眼肉、五味子、远志、石菖浦、山桅子等。

（三）饮食调护。

主要根据大便情况而确定饮食。

便秘者，宜吃含粗纤维丰富的蔬菜和水果，多饮水，多吃粗粮、润肠之食品，如银耳、蜂蜜。烹调时适当多些食油。禁忌酒、浓茶、辣椒、咖啡等。食疗方：蜂蜜 180 克、黑芝麻 30 克（研烂，调和蒸熟，分服）。

腹泻者，应力少油腻，少渣滓，高蛋白，高热量，水果宜含纤维素少的，如苹果、菠萝等。忌生冷及宿食。食疗方：莲子、芡实、扁豆、淮山各 30 克，加大米适量，粪稀饭食。

二、西医治疗

由于本病具有特殊的病理生理，其病因、症状及体征各异，所以治疗应个体化，进行综合性治疗。

（一）一般治疗。

1.心理疗法。

要使患者正确认识本病性质，消除恐怖心理，树立治愈本病的信心。

2.调整饮食。

了解病人的饮食习惯及其与症状的关系，避免不能耐受的食物，减少产气食品，不宜进食过冷过热及刺激性食物，根据胃肠动力变化特点改变膳食结构。

（二）药物治疗。

1.改善消化道症状药物。

腹甫者可选用普鲁本辛、阿托品、双环维林（10—20㎎，餐前半小时服）、奥替溴胺（40㎎，tid）等抗胆碱能药物；腹泻者可选用苯乙酸哌啶（2.5—5㎎，tid），易蒙停（10㎎，tid），思密特（1 小袋，tid）等止泻药；便秘者可选用石腊油（20—30m1，tid）麦麸制品、甲基纤维索等通便药，但忌用泻剂及灌肠。腹胀、暖气、恶心等消化不良者可选用胃复安（5—10㎎,tid）、

吗丁啉（10mg，tid）、西沙必利（5—10mg，tid）等胃肠动力药。

除上述药物外，近几年还报道了一些药物对改善本病消化道症状有效。

硝苯吡啶（心痛定）：影响肠道平滑肌细胞膜外钙离子的进入而减少肠运动，抑制进餐引起阵挛性腹痛。用法：10mg，tid，餐前 20 分钟服。

色甘酸二钠：抑制肠道肥大细胞中组织胺等介质的释放，从而对过敏机制起遏制作用。对肠道因某些食物过敏引起的腹痛，腹泻有效。用法：200mg，tid。

消胆胺：可消除肠腔过多的胆盐以止泻。用法：4—5g，tid。

双歧杆菌制剂（丽珠得乐）、地衣芽孢杆菌制剂（整肠片）等生态制剂：对部分腹泻型合并肠道菌群紊乱者有效。善得定、纳络酮等胃肠肽制剂：对减轻腹痛及改善排便有一定作用，尚处于试用阶段。

（黄穗平）

第十二节急性胆囊炎

急性胆囊炎是由细菌感染、浓缩的胆汁或返流入胆囊的胰液的化学刺激所引起的胆囊炎性疾病。急性胆囊炎在中医临床中归于胁痛、腹痛、少阳病、黄疸、胆胀的范畴。

急性胆囊炎的主要临床表现为右上腹疼痛、恶心、呕吐、寒战发热。其腹痛开始时局限于上腹剑突下，呈持续性，以后疼痛渐增转至右上腹，呈持续性伴阵发性加剧，如绞痛状，疼痛多向右肩背放射，部分病人发热呈高热，可伴有腹胀或黄疸。

体征：古上腹有压痛伴右季肋叩击痛，可有肌卫，右上腹可们及肿块，约 25%病人可出现黄疸。

临床诊断依据是右上腹急性疼痛伴发热、恶心、呕吐，体检右上腹有肌卫和压痛，白细胞计数增高，B 型超声波示胆囊壁水肿，即可确诊为本病，如既往有胆绞痛病史，则诊断更可明确。肝胆核素显像对本病诊断特异性高。

中医学认为急性胆囊炎病位在肝、在胆，与脾胃二脏关系密切。肝为刚脏，主疏泄条达，胆为中清之腑且依附于肝，肝胆互为表里，胆汁的正常排泄全赖肝脏疏泄功能。抑郁恼怒，情志不畅可致肝失疏泄，胆气不利，不通则痛，故见右上腹疼痛，肝胃不和，胃气不降而上逆故恶心呕吐；或饮食不节，胃肠失和，蛔虫扰动，亦可见右上腹痛；嗜食肥甘厚腻，湿热内生，蕴于肝胆，胆汁排泄不畅，胆道淤塞不通，胆汁外溢，故见黄疸；湿郁化热，湿热郁久，热毒炽盛，邪正相争，故恶寒发热。

西医认为本病的发病主要由于胆囊颈或胆囊管胜塞及胆囊血管病变、细菌感染、创伤、胰液返流入胆囊引起的化学刺激所致。本病约 7096～80%合并胆道结石。我国农村以胆道蛔虫为常见的诱发因素。

（治疗）

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.肝胆气郁型。

主证：右上腹胀痛，疼痛放射至右肩背，或痛连两胁，情绪下舒畅可以诱发或加重，暖气频频，伴恶心呕吐，舌淡红苔薄白或微黄，脉弦。

治法：疏利肝胆，理气止痛。

方药：柴胡疏肝散化裁。

柴胡 12 克，郁金 15 克，枳实 15 克，青皮 9 克，黄芩 15 克，白芍 15 克，甘草 6 克，素馨花 12 克，佛手 12 克，延胡索 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：柴胡、郁金、佛手、素馨花疏肝解郁，疏利肝胆；青皮、枳实、延胡索理气止痛；白芍、甘草缓急止痛；黄芩清热，柴胡与枳实共用以加强疏肝理气之功。

加减法：便秘加厚朴 15 克、生大黄 10 克（后下）；有结石加金钱草 30 克、海金砂 12 克、鸡内金 12 克；肝郁化火加蒲公英 30 克、虎杖 30 克。

典型病例：

李×，男性，46 岁，干部，患者 3 天前参加一个宴会后始出现右上腹胀痛，呈持续性，并见两胁隐痛，吸气频作，曾到附近卫生院门诊，予静滴氨卡青毒素及肌注阿托品治疗，右上腹胀痛稍缓，遂来我院门诊，证见右上腹疼痛，腹胀，两胁隐痛，嗳气频，腹鸣、口干，舌稍红苔薄黄，脉弦紧。体查：体温 37.8℃，右上腹压痛及肌卫，腹部 B 超示胆囊壁水肿。

证属肝胆气郁，化热，拟柴胡疏肝散加减治疗。处方：柴胡 12 克、郁金 15 克、枳实 15 克、黄芩 15 克、白芍 15 克、甘草 6 克、延胡索 15 克、黄连 9 克、蒲公英 20 克、青天葵 12 克、青蒿 9 克（后下）。每天 1 剂，服 3 剂后右上腹痛显减，嗳气及两胁隐痛消失，口和，舌淡红苔薄白，脉弦，守上方去青天葵和青蒿加茵陈蒿 15 克，再服 3 剂，右上腹痛消失。嘱以后戒肥腻之品。

2.湿热蕴结型。

主证：胁肋剧痛，拒按，口干口苦，口渴不欲饮，恶心呕吐，厌油腻之物，或出现目黄、身黄、小便黄，或有便秘，舌红苔黄腻或黄厚，脉弦滑数。

治法：清热利湿，理气止痛。

方药：龙胆泻肝汤化裁。

尤胆草 12 克，山栀子 12 克，黄芩 15 克，茵陈蒿 30 克，金钱草 30 克，车前草 30 克，郁金 15 克，柴胡 12 克，川楝子 9 克，甘草 9 克，虎杖 30 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：尤胆草泻肝胆实火；黄芩、山栀子苦寒泻火，清热利湿；茵陈蒿、车前草、金钱草协助龙胆草加强清热利湿之功；郁金、柴胡疏畅肝胆气机；川楝子理气撰痛；虎杖清热通便；甘草调和诸药。

加减法：胸闷恶心加法半夏 12 克、竹茹 12 克；纳差加神曲 12 克、鸡内金 12 克、布渣叶 12 克、麦芽 15 克；黄疸明显加田基黄 30 克、溪黄草 30 克；肝胆湿热郁久化火而见便秘、尿黄赤、烦躁等症状，可选用大柴胡汤合黄连解毒汤化裁；火热伤阴则加生地黄、玄参等。

典型病例：

张××，女性，45 岁，职员。1995 年 8 月 15 日初诊。患者于昨天始出现右上腹疼痛，疼痛呈持续性且阵发加重，恶心呕吐，呕吐出胃内容物和“ 黄疸水 ”，口干口苦以白天为甚，大便 4 天未解，腹胀满，来诊时舌红苔黄干，脉滑数，体查：右上腹及脐周压痛明显，右上腹有局限性肌卫。即复血常规示白细胞 12×109/L 中性球 0.80，腹部日超示胆囊多发性结石并胆囊炎症。急性胆囊炎合并胆石的诊断明硐。

证属湿热蕴结肝胆，阳明腑实证明显，且有伤阴之虞，故先用增液承气汤养阴清热通便，处方：玄参 15 克，生地黄 15 克，大黄 12 克（后下），厚

朴 12 克，枳实 15 克。每天 2 剂，当晚即解稀烂便 6 次，大便通畅，患者自觉右上腹痛减，无腹胀满，但口干苦仍较明显，舌红苔黄，脉滑数，湿热之象仍存，遂以处方：龙胆草 12 克、山栀子 12 克，黄芩 15 克、茵陈蒿 30 克、金钱草 30 克、车前草 30 克、郁金 15 克、柴胡 12 克、虎杖 30 克、甘草 9 克、枳实 15 克。每天 1 剂，共服 4 剂，诸症显减，因患者煎药不便，改口服消炎利胆片每次 5 片，每天 3 次，以巩固疗效。

3.热毒壅盛型。

主证：高热，右胁剧痛，口干引饮，腹部胀满拒按，或见黄疸，小便赤涩或黄赤，大便秘结，舌红苔黄燥或有芒刺，脉弦滑数或洪数。

治法：清热解毒泻火。

方药：茵陈蒿汤化裁。

蒲公英 30 克，金银花 20 克，山栀子 15 克，茵陈蒿 30 克，甘草 9 克，大黄 12 克（后下），青天葵 15 克，水牛角 30 克（先煎）或羚羊角骨 15 克（先煎），牡丹皮 15 克，黄连 12 克，每日 1 剂，水煎服。

方解：蒲公英、金银花、青天葵、水牛角、羚羊角骨清热解毒泻火；山栀子清上中下三焦之火邪；大黄通腑泄热；茵陈蒿清热利湿，使邪从二便而去；牡丹皮清热凉血；黄连清热燥湿；甘草调和诸药。

加减法：如高热烦渴加石膏 30 克、知母 15 克；黄疸明显可加田基黄 30 克，溪黄草 30 克；腹痛剧烈、拒按加芒硝 12 克（冲）、厚朴 15 克；阴伤加玄参 30 克、生地黄 30 克或合用生脉散；如出现大汗出、四肢厥冷、皮肤青紫等正虚邪陷之征，则先静滴参附液或叁附青注射液，亦可用附子理中汤化裁回阳救逆、化瘀定痛；神昏谵语用紫雪丹 4～5 克分三次服或静点醒脑挣，亦可肌注醒脑静清热开窍醒神。

典型病例：

赵××，男性，40 岁，工人，1995 年 2 月 13 日来诊。患者于 1995 年 2 月 9 日吃油腻及煎炸之物后出现发热，恶寒，右胁隐痛，口干，疲乏，纳呆，以为感冒，自服广东凉茶和甘和茶后症状依然，2 月 11 日出现高热，体温达 41℃，烦渴，右上腹剧痛，呈阵发加剧，尿色深黄，腹胀满拒按，间有神昏谵语，曾到某医院就诊，用过阿斯匹林，先锋Ⅳ等药，热稍退而复升，于 2 月 13 日到我院门诊，当时体温仍达 40℃，烦躁已经 3 天没有进食，舌红绛苔黄起芒刺，脉洪数。查：巩膜轻度黄染，肌肤灼热，墨菲氏征（+），反跳痛（±），左下腹可们及包块，即复血象示白血球 1.5×109/L，分叶 0.81%，考虑为急性胆囊炎。处理：冰敷头部、腋窝及腹股沟，静滴清开灵，醒脑静开窍、清热，加强支持疗法，每天补液量 3000 毫升，中医辨证属阳明热盛，治当先通腑泄热，急下存阴，方选增液承气汤，处方：玄参 30 克、生地黄 30 克、生石膏 60 克（先煎），羚羊角骨 20 克（先煎）、大黄 12 克（后下）、芒硝 12 克（冲）、厚朴 9 克、枳实 15 克，急煎成 400 毫升液体，分二次凉服，药后病者排出燥屎几枚，然后再排臭秽之稀烂大便多量，体温随之下降至 37.5℃。第二天患者仍有低热，右上腹痛稍减，口子引饮，腹胀，小便黄，舌红苔黄干，脉弦数，热毒仍然炽盛，治当清热泻火解毒，方选茵陈蒿汤化裁，处方：蒲公英 30 克、金银花 30 克、山栀子 15 克、茵陈蒿 30 克，大黄 12 克（后下），青天葵 12 克，黄连 9 克，甘草 9 克，水煎至 400 毫升，分二次凉服，并继续静点清开灵、肌注醒脑静、至 2 月 18 日，患者已无发辱，右上腹痛显减，已无黄疸、精神较好，遂以龙胆泻肝汤化裁以清其

余邪。

（二）中药贴熨疗法。

1.肝胆湿热型。

主证：右上腹痛，口干苦，恶心呕吐。

治疗方法：以如意金黄散或四黄散或双柏散 30～50 克，用蜂蜜调成糊状，外敷胁肋部痛区，每天 1 次。

2.肝胆气郁型。

主证：右上腹痛，暖气，情志舒畅则腹痛减轻。

治疗方法：用吴茱萸、食盐各适量，炒热后用纱布包裹熨胆囊区，每次 15～20 分钟，每日 1～2 次。

（三）针灸治疗。

1.选穴：取足厥阴、少阳经穴为主，期门、支沟、阳陵泉、足三里、太冲。配穴：发热配合谷，曲池；脘闷呕吐配中脘；黄疸加至阳。

治疗方法：深刺，中度刺激，捻针 5 分钟，留针 30 分钟。每日 1～3 次。亦可接计灸治疗仪，刺激由弱至强，持续 30 分钟，每日 2 次。

2.灸法：

选穴：神阙。

治疗方法：以艾条灸之，每次 15 分种，每日 2～3 次，灸时局部有热感即可。

3.耳穴疗法：

选穴：取肝、胆、神门、交感、脾、胃、大肠、内分泌等穴。

治疗方法：用王不留行籽胶布固定在穴位上，手压穴位使之有明显疼痛为宜，隔日贴一粒，两耳交替，15 次为一疗程，每餐餐后用手指压穴位 15 分钟。

二、西医治疗

（一）一般治疗。

1.卧床休息，禁食，呕吐剧烈可安置鼻饲管；2.支持疗法：静脉补充营养和液体，呕吐严重要注意复查电解质情况，纠正电饵质的紊乱和脱水。

（二）解痉、镇痛：

可选用下列药物来解除奥狄氏括约肌痉挛和疼痛：阿托品，0.3mg，口服，每天 3～4 次；阿托品，0.5mg，肌注，疼痛剧烈时用；654—2，10mg，肌注，每天 1～2 次；杜冷丁，50mg，肌注，必要时使用；硝酸甘油，0.5mg。舌下含服，每天 3～4 次。

（三）抗菌治疗。

使用目的是为了预防菌血症和化脓性并发症。

1.常用的口服抗生素有：氨苄青霉素 0.375 克，每天 3 次；先锋VI0.25 克，每天 4 次；环丙氟哌酸 0.25～0.5 克，每 12 小时 1 次。

2.常用的肌注抗生素有：庆大霉素 8 万单位，每天 2 次；泰星注射液 8 万单位，每天 2 次。

3.常用的静脉注射的抗生素有：氨苄青霉素 2 克加入葡萄糖注射液中静注，每天 2 次，或用 6 克加入葡萄糖注射液中静滴，每天 1 次；庆大霉素 24 万单位，加入葡萄糖注射液中分次静滴；丁胺卡那霉素 0.2 克，肌注，每天 2 次或 0.4～0.6 克加入葡萄糖中静滴；先锋VI6 克加入补液中静滴；Fwortum1～2 克加入注射用水中静注，每天 1～2 次；如力厌氧菌，尤其是脆

弱类杆菌感染时,可用氯林可霉素 0.9～1.8 克加入补液中分次滴人或选用灭滴灵 0。5 克，用 5%葡萄糖稀释成 0.2%～0.5%的浓度，于 40 分钟以上缓慢滴入。以上药物的疗程均为 1～2 周。

4.抗生素的选用和更换最好能根据血培养或胆汁培养以及药敏试验的结果而定。

（四）手术治疗。

急性胆囊炎的手术时机尚有分歧，一般除坏疸性胆囊炎或穿孔之外，不考虑紧急手术，需手术者亦应术前作好充分准备，纠正水电解质失衡。手术指怔为：（1）胆囊坏疸及穿孔，并发弥漫性腹膜炎者；（2）急性胆囊炎反复急性发作，诊断明确者；（3）经积极内科治疗，病情继续发展并恶化者；（4）无手术禁忌症，且能耐受手术者。如全身情况极度虚弱，无法耐受手术者，可长期安置胆囊造瘘管引流，待全身情况改善后，再行胆囊切除术。

（刘丰罗云坚）

第十三节慢性胆囊炎

慢性胆囊炎系胆囊慢性炎症性病变，为最常见的胆囊慢性病变。本病多以慢性起病，也可由急性胆囊炎反复迁延发作而来。

慢性胆囊炎在中医临床中属胆胀、胁痛、胆心痛、黄疸等病证的范畴。

慢性胆囊炎的主要临床表现以右胁下不适或持续性钝痛为特征，亦可以持续多年而毫无症状。患者右上腹痛常发生于晚上和饱餐后，呈持续性疼痛，部分病人疼痛可向右侧肩胛下区放射，如胆囊管或胆总管发生结石嵌顿时，可产生胆绞痛。发作的间歇期可有右上腹胀不适或胃脘灼热，嗳气、泛酸等症状。慢性胆囊炎急性发作或胆汁浓缩或结石引起梗阻时，可呈急性胆囊炎的典型症状。

体怔：右上腹压痛及右胁叩击痛，莫菲氏怔阴性。部分病人右上腹可妇及囊性包块。也有一部分病人无阳性体征。

临床诊断依据是反复发作性的右上腹疼痛，或不适，进油腻多脂的食物后诱发或加剧，体查右上腹压痛或叩击痛，B 型超声波示胆囊增大或缩小，胆囊壁增厚或有结石反射波。

中医学认为慢性胆囊炎病位在肝、在胆，与脾胃、肾有关。肝为将军之官，性喜条达而恶抑郁，胆为中请之府，内藏胆汁，肝胆同居中焦而互为表里；如情志不畅，所欲不遂。肝气失疏，胆汁贮藏、排泄障碍，气机不畅，可常见右上腹胀或腹痛，如情志舒畅，肝气条达则症状减轻或消失；肝气横逆犯胃，胃气不降而上逆故唆气频频，纳呆；饮食不节，嗜油腻肥甘之品，损伤脾胃，湿热内生，湿热停滞，蕴于肝胆，故腹痛剧烈，口苦咽于；肝气横逆侵犯脾土，脾胃虚弱，不能化生气血精微以充养肾脏，导致脾肾两虚，故腹痛隐隐，食少便溏，虚烦少眠。

西医认为本病由急性胆囊炎反复迁延而直接引起，既是胆石发生的基础，也是胆石形成的后果，体现了胆囊与结石相互影响的长期过程。

（治疗）

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.肝气郁滞型。

主证：平素性情抑郁，右胁疼痛或胀痛，嗳气频，纳呆舌淡红苔薄白或白，脉弦或弦细。

治法：舒肝解郁，理气止痛。

方药：柴胡疏肝汤加减。

柴胡 9 克，枳壳 12 克，白芍 12 克，香附 9 克，素馨花 9 克，郁金 12 克，茯苓 12 克，麦芽 30 克，谷芽 30 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以柴胡、枳壳、香附、素馨花疏肝理气解郁，郁金加强理气止痛之力；茯苓健脾，先安其未受邪之地；白芍柔肝舒肝；麦芽、谷芽开胃消滞，共奏舒肝理气、止痛之功。

加减法：肝郁化火加山栀子 10 克、茵陈蒿 15 克、黄芩 15 克；暖气频频加沉香 9 克、代赭石 30 克；舌暗或有瘀斑加三七末 p 克、红花 10 克。

典型病例：

李××，女性，50 岁，工人。素来性格内向。患者有反复右上腹痛病史。近三天以来因晋升愿望落空而郁郁不乐，右上腹痛又作，多为胀痛，暖气频，胃纳欠佳，遂来门诊，察舌象为淡红舌。薄白苔，脉弦细，体检：右上腹压痛，叩击痛，B 超提示胆囊炎并胆石症。证属肝气郁滞，气机失于条达，拟柴胡疏肝汤化裁。处方：柴胡 9 克、枳壳 12 克、白芍 12 克、香附 9 克、素馨花 9 克、郁金 12 克、茯苓 12 克、麦芽 30 克、旋复花 12 克、代赭石 12 克，连服 5 剂，右上腹胀痛减轻，胃纳大增。

2.肝胆湿热型。

主证：右上腹疼痛，拒按，口干口苦，恶心呕吐，疲乏，尿黄赤，舌红苔黄或黄腻，脉弦滑或弦数。

治法：清利湿热，理气止痛。

方药：龙胆泻肝汤加减。

龙胆草 15 克，山桅子 15 克，黄芩 15 克，柴胡 12 克，车前草 15 克，生地黄 15 克，延胡索 15 克，郁金 15 克，枳壳 12 克，虎杖 24 克，大黄 9 克。水煎服，每天 1 剂。

方解：本方以龙胆草泻肝胆湿热；柴胡疏达肝气；黄芩、山桅子清热泻火；车前草、虎杖加强龙胆草的泻肝胆湿热之功；延胡索、郁金、枳壳疏肝、理气、止痛；生地黄清热凉血；大黄泄热通便。

加减法：热盛而大便秘结者加芒硝 9 克（冲），大黄改后下；恶心呕吐明显加法半夏 12 克、竹茹 12 克；腹痛剧烈者加芍药 15 克、甘草 9 克酸甘化阴，缓急止痛。

典型病例：

某男，60 岁，职员。1996 年 2 月 22 日来诊。患者于 5 天前因吃烧鹅、喝酒后始觉上腹不适，继之右上腹隐痛逐渐加重，自服王老吉、夏桑菊等凉茶后症状没有改善，近二天右上腹痛拒按，胸闷，恶心，目黄，胃纳差，厌油腻之品，尿深黄，低热，就诊时病人舌深红苔黄厚，脉弦数。既往有慢性胆囊炎病史。考虑为慢性胆囊炎急性发作。证属湿热蕴结肝胆，拟龙胆泻肝汤加减情热利湿，理气止痛，处方为：龙胆草 15 克、山栀子 15 克、黄芩 15 克、车前草 20 克、生地黄 15 克、虎杖 24 克、元胡 12 克、白芍 20 克、枳壳 15 克、郁金 15 克、法半夏 12 克、茵陈蒿 30 克，用水 600 毫升，煮取 300 毫升，分二次服，每天 1 剂。服药后第三天热退，右上腹痛稍减，舌苔为黄腻苔，胃纳欠差，守上方去白芍、郁金加砂仁 6 克（后下）、厚朴 9 克，再

进 5 剂，症状明显改善，后改服消炎利胆片、舒胆胶囊而收全功。

3.脾胃虚弱型。

主证：右上腹隐隐作痛，饮食稍不注意则症状诱发或加重，神疲乏力，食少便溏，舌淡苔白或白腻，脉弦细。

治法：健脾养胃，芳香化湿。

方药：参苓白术散加减。

党参 20 克，茯苓 15 克，白术 12 克，薏苡仁 20 克，砂仁 6 克（后下），扁豆 15 克，陈皮 9 克，藿香 12 克，元胡 12 克，木香 9 克（后下），北芪 15 克，鸡内金 12 克。水煎服，每天 1 剂。

方解：本方用北芪、党参、茯苓、白术健脾益气；薏苡仁、扁豆、木香、砂仁、陈皮、藿香芳香理气健脾化湿，元胡理气止痛，共奏健脾益气养胃、芳香化湿之功。

加减法：兼有瘀血之表现如右上腹痛痛处固定，如刀割针刺感，可加郁金、元胡、三七末（冲）；如脾虚及肾，致脾肾两虚，表现为夜尿频、腰痛、五更泄泻、畏寒等，可去薏苡仁、扁豆、元胡，加熟附子、干姜、吴茱萸。

（二）针灸疗法。

1.体针：

选穴：主穴为胆俞、胆囊穴，配穴为脾俞、日月、内关、中脘。

治疗方法：深刺，以疾捻针紧提慢按 3 分钟，留针 20 分钟，或接针灸治疗仪，中度刺激，持续 30 分钟。每天 1 次，5 天为一疗程。

2.耳针。

选穴：主穴为胰、胆区、迷根，配穴为肝、脾。

治疗方法：施疾捻针 2 分钟，留针 20 分钟，每天 1 次，5 天为一疗程。

二、西医治疗

（一）一般治疗。

1.注意饮食，以低脂肪类食物为宜。

2.如右上腹痛明显可选用下列解痉止痛的药物：普鲁本辛 15㎎/次，每天 3 次；654—2，10㎎/次，每天 3 次；阿托品 0.3㎎/次，必要时服。

（二）药物治疗。

1.口服利胆药物：①33%硫酸镁 10～15 毫升/次，3 次/日，口服；②去氢胆酸：0.25g/次，3 次/日，口眼；③利胆醇 0.1g/次，3 次/日，口服；④利胆片 0.25g/次，3 次/日，口服；⑤舒胆灵 100～200㎎/次，3 次/日，饭后服。

2.如合并胆石，可选用①鹅脱氧胆酸 25㎎/次，3 次/日，口服；②熊脱氧胆酸 50㎎/次，2 次/日，早、晚餐时分服，疗程为半年至 2 年。

3.如检查有白细胞增高者，可加用抗生素治疗（详见急性胆囊炎一章）。

（三）手术治疗。

为根治疗法，可以消除病灶，还可避免结石形成、癌变等一系列并发症。术式以胆囊切除术为首选。适应于伴结石的慢性胆囊炎，或有急性胆囊炎发作史，病人状况较好而慢性胆囊炎症状明显、反复发作的病例。

（刘丰、林华）

第十四节肝硬化

肝硬化是一种以肝脏损害为主要表现的慢性全身性疾病。是各种致病因素持久反复地作用于肝组织，引起肝细胞变性坏死再生和纤维组织增生等一系列病理变化，最后导致肝脏组织结构，形体异常，质地变硬，故名肝硬化。

肝硬化属于中医的鼓胀、单腹胀、症积等病的范围。

肝硬化的临床表现有早期和晚期之分。早期表现没有什么特异性，病情隐匿、进展缓慢，可以3～5年或更长时间没有症状，即使有早期表现也不过是消化系统中某些常见的症状和体征。如乏力倦怠，腹胀纳呆；有时仅以营养状况较差，面萎黄灰暗（肝病面容），直到肝功能代偿不好才到医院就诊。其中乏力体倦，腹胀纳呆出现较早。晚期表现有两大类，一类是门脉梗阻及高压所产生侧支循环、脾功能亢进，脾大，腹水等；二是肝功能减损所引起血浆蛋白降低，水肿、腹水、黄疸、凝血酶原缺乏，肝昏迷等。这两大类症状的出现，标志着肝硬化已届入晚期。另外有部分病例在肝硬化的基础上发展成肝癌。

肝硬化的临床诊断问题，一般来说临床症状典型，体征及生化指标明显，诊断并不困难。具体说来，肝硬化的诊断要抓四点：（1）肝脏质体变硬并具肝病面容；（2）侧支循环开放；门脉高压有脾大、腹水、侧支循环开放三大临床表现，其中侧支循环开放是门脉高压的特征，但是否肝硬化引起，需结合肝功分析；腹水脾大原因很多，须排除它病引起。（3）肝功能损害，主要是蛋白代谢异常，血清白蛋白下降，γ球蛋白升高，是肝功损害的主要依据。临床分析时要两者结合起来。此外，凝血酶原时间延长也是肝硬化肝功损害的重要依据。（4）病因根据。如HBV或HCV感染、长期饮酒、血吸虫感染、药物损害、毒物接触史等。上述四项中、最重要是（2）（3）两项，具有此两项，加上（1）或（4）即可成立诊断。单纯（2）只提示门脉高压，不一定是杆硬化；只有（3）项，只提示慢性肝病，也不一定是肝硬化，最后结合肝穿活检就可以定论。早期肝硬化的诊断因为缺乏特异性，诊断比较困难。但是，（1）对肝脏前身性疾病或症状，提高警惕，仔细检查，严密观察；（2）熟悉早期肝硬化的症状与特点；（3）结合开展肝纤维化指标的检测。这样，早期肝硬化也就不易漏诊。

祖国医学认为。肝硬化病位在肝，病根在脾，病重必累及肾。肝气失调，脾失健运，则气机郁滞，郁滞日久则血流不畅而为瘀。瘀血凝聚肝络，则腹部胁肋胀急满痛、肌肤赤缕、面黑舌暗，出血瘀斑，腹水黄疸等等均可出现。病至极期累及肾脏则见肝肾衰竭。本病起病缓慢，病程缠绵，长期邪正相搏，导致病情虚实错杂，气滞，水湿，痰瘀困聚互结的局面。阴虚观湿热秽浊，体弱又见腹水涌盛，瘀滞严重又见肝脾重伤，错综复杂之证多多。治疗上欲攻而正气不支，欲补而水气更塞，十分辣手。

本病的治疗，从总体上说应该包括（1）对症疗法与支持疗法，如休息、营养、饮食等；（2）控制活动性炎症；（3）抗肝纤维化阻止肝硬化的进展；（4）并发症的治疗，如腹水、上消化道出血、肝昏迷等。这些治疗虽然艰巨复杂，但中医潜力还是很大的，值得总结提高。

［治疗］

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.肝郁气滞型。

主证：胁痛隐隐，胸脘满闷不舒，心情抑郁，善太息，舌淡红，薄白苔，

脉弦。

治法：疏肝解郁，调气活血。

方药：柴胡疏肝散加减。

柴胡 15 克，白芍 15 克，青皮 10 克，川楝子 10 克，沙参 15 克，郁金 10 克，丹参 15 克，川芎 6 克，田七末 3 克（冲），云苓 15 克，甘草 6 克。

方解：本方以柴胡、青皮、郁金、川楝子疏肝调气；白芍、沙参、丹参益阴养肝；川芎、田七活血；云苓、甘草和脾。全方疏肝调气活血和血，是肝硬化早期，肝功能未见大损害，症状不见严重者常用。

加减法：增强疏肝力加素馨花 12 克；增强养肝阴加旱莲草 15 克、女贞子 15 克；清肝热加茵陈、溪黄草各 30 克。2.肝郁脾虚型。

主证：胸胁满闷胀痛，心情仰郁，易发脾气，纳差体倦，伴有腹胀，大便不实，舌质胖润，脉弦缓不实。治法：疏肝健脾。

方药：柴芍六君汤加减。

柴胡 12 克，白芍 12 克，党参 30 克，白术 12 克，云苓 15 克，炙草 6 克，北芪 18 克，内金 10 克，田七末 3 克（冲），丹参 15 克。

方解：本方以北芪四君益气健脾，柴胡、白芍疏调肝气；丹参、田七养肝活血，全方舒肝健脾，调气活血。加减法：瘀血明显、脾大加桃仁 12 克、三棱 12 克、莪术 12 克；软坚加鳖甲 30 克（先煎）；寐差加酸枣仁 15 克；湿重加苍术 12 克、生薏仁 30 克；纳食不佳加麦芽 15 克、淮山 15 克、内金 12 克。

3.气滞血瘀型。

主证：胁痛胀满不移，脘腹胀闷，嗳气为舒，肝或脾肿大，蜘蛛痣，朱砂掌，面色暗晦不泽，舌暗红有瘀斑，薄苔，脉弦实。

治法：行气活血，化瘀通络。

主药：北芪 20 克，鳖甲 30 克（先煎），当归、赤芍各 12 克，三棱 10 克，莪术 10 克，桃仁 12 克，延胡 10 克，丹参 25 克，水蛭 6 克，甘草 6 克。

方解：本方以鳖甲、赤芍、丹参养肝软坚；桃仁、三棱、莪术、水蛭活血破血化瘀；北芪、延胡益气理气；甘草调和诸药，全方调气活血，化瘀通络。对肝硬化中期，腹水或少量腹水者常用。

加减法：脾虚加党参、白术各 15 克；尿黄加溪黄草 30 克，茵陈 30 克；苔腻痰浊者加苍术、桔红、浙贝各 12 克。

4.脾肾阳虚型。

主证：腹部胀大，朝轻暮重，胸闷纳呆，神疲乏力，肢冷尿少，下肝浮呻，阴囊湿冷，舌淡而暗，苔浊滑腻，脉沉弦。

治法：温养脾肾，化气行水。

方解：附桂理中汤加减。

熟附子 15 克，党参 30 克，白术 12 克，云苓 15 克，桂枝 10 克，泽泻 20 克，车前子 30 克，北芪 15 克，甘草 6 克。

方解：本方以北芪四君健脾益气，温运脾阳，附桂温阳化气，泽泻、车前子利水消肿，全方温养脾肾、化气行水，对肝硬化腹水偏阳虚者常用。

加减法：化瘀血加桃仁、三棱、莪术各 12 克；软坚加鳖甲 30 克；痰浊加桔红、法夏各 12 克。

5.肝肾阴虚型。

主证：腹胀如鼓，按之坚满，面色黧黑，唇舌干燥，潮热心烦，鼻衄牙

疸，舌红绛，脉细数。

治法：滋养肝肾，育阴利水。

方药：一贯煎合猪苓汤加减。

鳖甲 30 克（先煎），沙参 15 克，杞子 15 克，女贞子 20 克，阿胶 12 克（烊化），泽泻 30 克，牡蛎 30 克（先煎），丹参 15 克，水蛭 6 克，云苓、猪苓各 30 克，茅根 30 克，甘草 6 克。

方解：本方以沙参、杞子、女贞子、阿胶育阴养肝；水蛭、牡蛎、丹参、鳖甲软坚化瘀；茅根、泽泻二苓渗利水湿；甘草调和诸药。全方养阴不碍湿，利水不伤阴，活血软坚又化瘀。对肝硬化失代偿期见瘀血阻滞肝络，腹水又见阴虚者常用。

加减法：尿黄加溪黄草、白背根各 30 克；血热出血加水牛角 30 克、丹皮 12 克、茜根 12 克；痰火加浙贝、竹茹各 15 克。

6.水湿内阻型。

主证：腹胀如臌，按之坚满，纳呆体倦，小便短少，舌质淡暗，舌苔浊腻，脉弦滑。

治法：运脾化湿，理气行水。

方药：胃苓汤加减。

党参 20 克，白术 12 克，云苓 30 克，苍术 15 克，陈皮 9 克，砂仁 6 克（后下），川朴 9 克，猪苓 30 克，泽泻 30 克，大腹皮 30 克，炙草 6 克。

方解：本方参术、苓、草健运脾胃，苍术、陈皮、砂仁芳化湿浊、川朴、腹皮、猪苓、泽泻行气利水。

加减法：益气利水加北芪 30 克；消积软坚加鳖甲 30 克；活血利水加丹参 15 克、桃仁 15 克。

不管上述如何分型，都要重视气血瘀滞肝络的病机，这个病机贯穿肝硬化的整个病理过程，是肝硬化共同的病理基础。肝硬化不管早中晚期都存在着气血瘀滞，只是程度不同而已。因此，肝硬化的治疗不管那一种分型，都要有机掺入活血化瘀，对缩小肝脾、抗肝纤维化、改善肝脏的血液供应和营养状况等均有重要意义。诸如大黄䗪虫丸、水蛭、田七、桃仁等，均可常规选用。关于活血化瘀药物的运用，时间上宜早不宜迟，药量上宜重不宜轻，立足于祛邪要早，切挫病邪，保存正气，扭转病机，乃至康复。不然，等到腹水、黄疸、出血、昏迷等症蜂起，逆转者难矣。

（二）针灸治疗。

主证：门脉性肝硬化合并腹水。

选穴及针法：阴陵泉、三阴交、关元、中极、水分、水道、天枢、太冲、蠡沟、内关、太谿。每次取一任脉穴、两对四肢穴，隔天换一组，大幅度提扦、稔转、强刺激。关元、中极睡前进针，得气后将针提起，奔曲骨方向将针刺入，三阴交奔阴陵泉方向刺入 4 寸，带针睡觉，第二天起开始排尿，连针 10～20 天。

（三）饮食疗法。

主治：门脉性肝硬化合并腹水。

治法及方药：

（1）冬瓜 500 克，赤小豆 60 克，生鱼 1 条，煎汤饮服。

适用于肝硬化腹水、肢肿、尿少、肝火肝热不甚盛者。

（2）赤小豆 60 克，瘦肉 250 克，煲汤，吃肉饮汤。用于肝硬化腹水，

营养状况较差者。

（3）茵陈 30～60 克，鸡骨草 30～60 克，田螺或石螺 250 克，堡汤，饮汤吃螺肉。适用于肝硬化腹水，肢肿，尿少而黄，口干口苦属湿热内盛者。

（4）鳖鱼 1 只（半斤至 1 斤），蒜头适量，文火炆烂，适用于肝硬化血清蛋白低下者。

二、西医治疗

肝硬化的西医治疗，有一般性治疗、并发症治疗、手术治疗，这里只述并发症的治疗和某些手术治疗。

（一）并发症的治疗，以下谈四点：

1.关于腹水。

对于腹水，患者除腹胀急满难受外，心理威胁很大，其处理方法是：

（1）西药利尿：

肝性腹水，根据腹水对利尿药的反应又分三型；I 型腹水，限钠排钠，腹水可以控制；III型腹水，限钠排钠起不了作用，利尿药反应很差，需下面述及的特殊办法才能减轻。这里着重述II型腹水，它常需利尿剂治疗才能控制。利尿剂的应用原则是：先单一用药后联合用药；先选用作用弱的后选作用强的；药量先用小剂量后用大剂量。

药物的选择首先用醛固酮类药物的拮抗剂安体舒通较好。其作用缓和又能保钾。每次 20 毫克，每天 4 次，根据利尿效应，每隔 3 天增加 80 毫克，直到最大剂量。每天 400 毫无。如果没有效果，则采取联合用药。如：

安体舒通（或氨苯喋啶）+H.C.T。

安体舒通（或氨苯喋啶）＋H.C.T＋速尿。

安体舒通（或氨苯喋啶）+速尿+甘露醇。

一般来说，安体舒通＋速尿（40～80 毫克/日）对大多数病者有利尿效果。

20%甘露醇 250 毫升静滴，1 小时内能有效扩容，它是高渗溶液，不被组织利用与分解，进入血循环后，可以使组织间液很快转入血管，血容量扩张→肾血流量↑，肾滤过↑，又不会为肾曲小管吸收→水钠排出↑，→腹水消退。但要注意当组织液进入血循环后，血容量骤增会引起门脉压增加，容易诱发食道静脉曲张破裂出血，故应用甘露醇时最好同时用速尿。

（2）穿刺放水：习惯上被认为会产生较大副作用而不常规采用；但有人通过对照观察还是发现本疗法简单有效易掌握，因此对顽固性腹水还作为常用方法，但要注意放水后及时输注白蛋白 40 克作容量扩充，以防血液动力学的改变。

（3）自身腹水回输：自身腹水输回有两种做法，其一是腹水浓缩回输，把患者自身腹水经过体外腹水浓缩机或人工肾透析机等析除尿素、电解质、水分后，再回输给患者。对肝硬化患者能起消除腹水，补充蛋白，缓解症状等作用。其二是自身腹水直接回输，是把患者自身腹水通过简单的无菌装置直接回输。回输时可加地塞米松、抗生素，并同时用速尿。此法可以使尿量增多，腹水消退，临床症状改善。

（4）中成药攻水：肝硬化腹水本虚标实，因此多采用攻补兼施法，先攻遂，候腹水渐退再转攻补兼施。攻水可以用牵牛子末 3 克，每天 1～2 次。

甘遂末 1 克（浆胶囊），每日吞服 1～2 次。

2.关于肝昏迷（见肝性脑病）

3.关于合并胃或食道静脉出血。

肝硬化合并上消化道出血，均需急行止血。出血量大，来势凶猛，要用三腔二囊管填塞压迫并配合药物灌服。出血量大有休克指征者，急需输新鲜血；或滴注垂体后叶素；或内窥镜下注射硬化剂；出血量小、来势较缓慢者，可用白芨粉、田七末各 6 克顿服，每天 3 次；或云南白药每日 8 克分次口服。或用国产凝血酶口服止血。这些出血。辨证上多属胃火或肝火，火热迫血妄行，采用清肝胃之火热，凉血止血。亦可用生大黄煎汁胃管灌入。如果出血量大始终无法用内科保守治疗，需及早请外科会诊，争取手术止血。

4.关于合并自发性腹膜炎。

肝硬化合并腹水患者，如果见发热、腹痛、恶心、呕吐、腹部压痛或有明显的腹膜刺激征，应考虑自发性腹膜炎，其死亡率高达 80%，非认真重视不可。自发性腹膜炎一旦确诊，必须立即进行足量抗生素治疗，用青霉素、氨苄青霉素、头孢霉素二联或三联静脉滴注。并尽早进行腹水培养加药敏，根据结果选择抗菌药物。

（二）某些手术治疗。

肝硬化有合并症时，有些病程某些环节需请外科配合治疗。

1.防出血：患者见巨脾症，门脉高压，并有脾功能亢进；为了降低门脉压力，纠正脾亢，预防上消化道出血，常考虑脾脏切除，需请外科会诊。

2.止血：患者见胃、食管静脉曲张破裂出血，经内科保守治疗无效，需请外科会诊手术止血。

3.消除腹水：

患者合并顽固性腹水，利尿及特殊疗法均无效时、有的病者可能施行腹腔一颈静脉转流木；胸导管分流术，以帮助解决腹水问题，需请外科会诊。

（张壮战）

第十五节急性胰腺炎

急性胰腺炎是由于各种原因引起胰腺消化酶在胰腺内被激活而发生胰腺自身消化的化学性炎症为主的疾病。本病临床上常分水肿型和出血坏死型。

急性胰腺炎在中医临床中属心胃痛、脾心痛、结胸、腹痛的范畴。

急性胰炎的主要临床表现是急性上腹痛、发热、恶心呕吐，伴血清和尿淀粉酶升高。约 95%的患者以突发的中上腹疼痛为首发症状，呈逐渐加重至持续性剧痛，少数患者可表现为全腹或下腹痛，疼痛向腰背部放射，前倾坐位或屈膝侧卧位可减轻疼痛，部分病人腹痛轻微或全无腹痛而突然休克或昏迷。此外病人可有恶心、呕吐、中等度发热。出血坏死型患者可随病情加重突然休克而猝死。

体征：水肿型胰腺炎的体征较轻，多有上腹压痛，伴肌紧张和反跳痛，出血坏死型急性胰腺炎常出现急性腹膜炎体征，可伴有麻痹性肠梗阻而腹胀、肠鸣音减少或消失。少数患者右侧或两侧腹部皮肤蓝一棕色斑或脐周皮肤蓝一棕色斑出现，并可出现黄疸。

临床诊断依据是以突发中上腹痛，恶心呕吐、发热，血清淀粉酶＞500 苏氏单位，尿淀粉酶＞1000 苏氏单位。如淀粉酶肌酥清除率比值＞5.5%，则有特异性诊断价值。

中医学认为急性胰腺炎病位在肝、胆、脾、胃。肝主疏泄条达而恶抑郁，

胆贮藏胆汁而与肝互为表里，脾主运化水谷精微，胃主受纳水谷。如饮食不节，过吃生冷或肥甘厚味或酗酒，或情志影响，气机不畅，可致湿热蕴结，脾胃升降失调，气机郁滞而出现上腹痛连及胁背，恶心呕吐；湿热内蕴，薰蒸肝胆，胆汁外溢而见黄疸；热盛于里，腑气不通故发热，便秘；气病及血，瘀热互结，阴明热盛，迫血外溢，故见皮下瘀斑。

西医认为本病的发病原因主要是胆道疾病（如胆石症、胆系感染、胆道蛔虫）、酗酒、暴饮暴食、胰管梗阻（如胰管结石、胰管炎性狭窄、胰头体部肿瘤、oddi 括约肌痉挛或乏特氏乳头水肿）、十二指肠疾患（如球后溃疡穿透至胰腺，壶腹周围十二指肠憩室炎、乳头区肿瘤压迫壶腹等）以及感染、手术、外伤等引起。在我国，胆道疾患及暴饮暴食是最常见的原因。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.湿热气滞型。

主证：上腹阵痛，胸胁苦满，郁郁微烦，往来寒热，恶心呕吐，口干苦，便秘，舌红苔黄或黄腻，脉弦略数。

治法：疏肝利湿，清热通下。

方药：大柴胡汤加减。

柴胡 15 克，黄芩 15 克，枳实 12 克，白芍 15 克，法半夏 10 克，蒲公英 30 克，厚朴 12 克，大黄 10 克（后下），山栀子 12 克，甘草 5 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以柴胡、黄芩和解少阳；大黄、枳实泻阳明实热；白芍助柴胡、黄芩以清利肝胆；法半夏和胃降浊；山栀子清上中下三焦之火邪；蒲公英清热解毒；厚朴理气止痛；甘草调和诸药。

加减法：热重加金银花 15 克、连翘 12 克；湿热壅盛加茵陈蒿 30 克、龙胆草 15 克、车前草 15 克；呕吐明显加代赭石 15 克和竹茹 12 克。

2.脾胃实热型。

主证：上腹痞满疼痛，按之坚硬，潮热，手足汗出，口干舌燥，大便秘结，尿黄短赤，舌红苔黄厚腻或焦黄，脉弦数或沉滑数。

治法：清热解毒，通里攻下。

方药：胰炎清解汤（自拟方）。

金银花 15 克，黄芩 15 克，黄连 10 克，枳壳 12 克，木香 10 克（后下），大黄 12 克（后下），延胡索 12 克，芒硝 10 克（冲），甘草 5 克，败酱草 30 克。水煎服，每日 1 剂，凉服。

方解：本方以大黄、芒硝通腑泄热，使邪有出路；黄芩、黄连、金银花、败酱草清脾胃实热；木香、枳壳、延胡索理气止痛；甘草解毒并调和诸药。

加减法：呕吐者加竹茹 12 克、法半夏 12 克；黄疸加龙胆草 12 克、茵陈蒿 15 克、金钱草 30 克；伴胆道蛔虫加槟榔 15 克、使君子 12 克。

典型病例：

邓××，男性，60 岁、工人，患者因突发性上腹疼痛半天于 1990 年 8 月 6 日来诊。缘患者 90 年 8 月 6 日上午饮了多量的白酒及吃了半只烧鸡后突觉上腹疼痛，逐渐加剧，不能平卧，前倾屈膝位可以稍减，大汗出，口干欲饮，便秘，尿黄短，即来我院急诊，验血清淀粉酶 680 苏氏单位，尿淀粉酶 1100 苏氏单位，考虑急性胰腺炎。察患者舌红苔黄干，脉数，证属脾胃实热，

法当清热解毒，通里攻下，方选胰炎清解汤，处方：金银花 15 克，黄芩 15 克，黄连 10 克，枳实 12 克，大黄 12 克（后下）、芒硝 10 克（冲），玄参 20 克，延胡索 15 克，甘草 5 克。每天 1 剂，二剂后患者排出黑色糊状大便 3 次，上腹痛明显减轻，守上方去芒硝加茵陈蒿 30 克，再服 7 剂，诸症明显改善。

3.瘀热内结型。

主证：上腹胀满，痛如刀割，拒按，发热，夜甚，大便秘结，皮肤瘀斑，舌红绛苔焦黑，脉沉实。

治法：凉血解毒、清热通下。

方药：清营汤合桃仁承气汤加减。

水牛角 30 克（先煎），生地黄 30 克，玄参 15 克，麦门冬 12 克，黄连 12 克，金银花 15 克，大黄 12 克（后下），连翘 15 克，桃仁 12 克，赤芍药 12 克，牡丹皮 15 克，芒硝 6 克（冲）。水煎服，每日 1 剂。

方解：本方用水牛角、生地黄、牡丹皮清热凉血解毒；大黄、芒硝清热通腑，推陈出新；黄连、金银花、连翘清热解毒；桃仁、赤芍药活血祛瘀；麦门冬、玄参养阴清热。

加减法：腹痛剧烈加延胡索 15 克、木香 12 克（后下），白芍 15 克；如出现汗出如油、面色苍白、肢冷抽搦等内闭外脱的证候，可用小承气汤合四逆汤加味，并肌注参附液或丽参针。

（二）针刺疗法。

1.体针。

选穴：选足太阳膀胱经和足阳明胃经经穴，取期门、内关、足三里、阳陵泉、三阴文，血海、脾俞、胃俞。

治疗方法：以上经穴每次选 3～4 穴，予强刺激，用泻法，留针 15～30 分钟，或接针灸治疗仪。

2.耳针。

选穴：取胆区、胰区、交感、神门等穴。

治疗方法：以王不留行籽压穴或埋耳针，每天多次予强刺激。

（三）穴位注射疗法。

选穴：取两侧足三里或中脘、阳陵泉、胆囊穴。

治疗方法：每穴注射丹参注射液 1～2 毫升，每日 1 次。

（四）中药外治法。

治疗方法：方①生大黄粉、生山栀子粉、冰片各适量，用蓖麻油或蜂蜜调成糊状，敷于痛处，每日换药 1 次。方②四黄散加蜜糖调成四黄水蜜外敷腹部疼痛处，每日 1 次。

二、西医治疗

（一）抑制胰腺外分泌。

1.禁食和胃肠减压。

2.药物：①抗胆碱药：阿托品，0.5㎎，肌注，每天 1～4 次；654—2，10gm，肌注，每日 1～3 次。②H2 受体阻断剂：甲氰咪胍，0.2g，每天 4 次；雷尼替丁，150㎎，每天 2 次。

（二）镇痛解痉：①杜冷丁 50～100㎎，肌注，必要时；②消炎痛 25㎎，每天 3 次；③普鲁卡因 0.5～1.0g，静滴。

（三）维特水、电解质平衡。

根据病情输血浆、白蛋白、血浆代用品或输全血。低钾者要补钾，低钙要补钙，每天液体入量 2000～3000 毫升。

（四）抗生素。

常规应用抗生素，重症患者应予足量的广谱抗生素。

（五）抑制胰酶活性。

1.抑肽酶 8 万至 12 万 u/日，静滴。

2.善得定（奥曲肽，生长抑素）：重型急性胰腺炎，100ug～200ug，皮下注射，每 8 小时 1 次，5～14 天。

（六）肾上腺皮质激素。

一般不宜应用。重症者中毒症状明显、严重休克、心肌损害等或拟进行手术而情况极差者可短期大量慎用，用氢化可的松 200～300㎎/日，静滴。

（七）腹膜灌洗。

适于出血坏死型伴腹腔大量渗液者，或伴急性肾功能衰竭者。

（八）手术治疗。

急件出血坏死型胰腺炎诊断一经确定，宜在 4～6 小时内施行手术。

（罗云坚刘丰）

第十六节慢性胰腺炎

慢性胰腺炎是指伴有胰实质毁损的慢性胰腺炎症，它在国外以慢性酒精中毒为主要病因，国内则以胆石为常见的原因。

慢性胰腺炎在祖国医学中归于胃痛、腹痛、泄泻、黄疸等病的范畴。

慢性胰腺炎的主要临床表现为上腹隐痛或剧痛，消瘦，食欲减退，恶心呕吐和黄疸。其腹痛呈钻痛或钝痛，可放射至右或左季肋下及背部，坐位屈膝并于腹部压一枕头时腹痛可减轻，躺下或进食时痛增，并可出现厌油腻食物、腹泻等症状，部分病人可出现发热、手足抽搦、肌肉无力等。

体征：上腹压痛，消瘦，部分病人上腹部可们及包块。

临床诊断依据是反复或持续上腹痛、体重减轻，病程超过 6 个月以上，且有长期饮酒史，结合腹部 X 线平片显示胰腺钙化，B 超示胰腺钙化或胰腺假性囊肿可以确诊为本病。典型的慢性胰腺炎可出现上腹痛、胰腺钙化、胰腺假性囊肿、糖尿病及脂肪泻。

祖国医学认为慢性胰腺炎病位在肝、脾、胃。肝主疏泄，脾主运化，胃主受纳。饮食不节，过吃醇酒浑味，或劳倦思虑太过，均可损伤脾胃，脾胃受伤，运化水谷精微功能失常，水湿内生，故胃纳欠佳，腹泻；机体失养，故日渐消瘦；水湿蕴于中焦，胃失和降，故恶心呕吐；湿郁化热，湿热交阻中焦，气机阻滞，故腹痛；湿热蕴于肝胆，胆汁不循常道而外溢故黄疸；情志不舒，肝失条达，肝气郁滞，亦可腹痛；气机阻滞，血液运行不畅，可凝聚为块，故腹痛固定不移；久病阳气耗损，或过食生冷，损伤中阳，虚寒滞中，胃失温养，故腹痛隐隐，喜温喜按，时作时止。

现代医学认为，本病发病的主要原因在西方国家是长期酗酒造成的酒精中毒，在我国主要由胆道系统疾病如胆石症，胆囊炎、胆道蛔虫等有关，以上这些不同的因素可造成胰腺组织和功能的持续性损害。慢性胰腺炎在临床上有慢性复发性和慢性无痛性两种。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.脾虚肝旺型。

主证：腹痛隐隐，或发剧痛，时轻时重，腹痛可彻及肩背，反复发作，腹胀便溏，口干苦，舌质淡，苔薄黄，脉弦细。

治法：理气疏肝，健脾消食佐以清热。

方药：四君子汤合四逆散化裁。

党参 15 克，白术 12 克，茯苓 12 克，炙甘草 6 克，柴胡 9 克，枳壳 12 克，白芍 12 克，台乌药 12 克，黄连 9 克，素馨花 9 克。每天 1 剂，水煎服。

方解：本方以党参、茯苓、白术健脾渗湿；柴胡、枳壳、台乌药、素馨花疏肝理气；白芍柔肝缓急；炙甘草健脾，调和诸药；黄连清热燥湿。共奏理气疏肝、健脾消食佐以清热之功。

加减法：如恶心呕吐明显加砂仁 6 克（后下），藿香 12 克；痰多加法半夏 12 克，陈皮 9 克，北杏仁 10 克；口干苦明显加茵陈蒿 15 克，山栀子 10 克。

典型病例：

陈××，女性，工人，50 岁。患者有急性胰腺炎病史。近二天来患者因节日饮了多量白酒后又觉腹部隐痛，稍吃油腻之品即腹泻，腹部胀满，口干不欲饮，胃纳欠佳，体查上腹部压痛，无反跳痛，未扪及异常包块，腹部平片提示胰腺有钙化影，察舌状淡边有齿印苔薄白，脉细，诊断为慢性胰腺炎。证属脾虚肝郁，拟四君子汤合四逆散加减治疗。处方：党参 15 克，黄芪 15 克、白术 12 克、茯苓 20 克、柴胡 12 克、枳壳 12 克、白芍 12 克、薏苡仁 15 克、法半夏 9 克、苍术 9 克。水煎服，每天 1 剂，复煎，温服，服 4 剂，泻止，腹痛消失，再予陈夏六君丸以善其后。

2.湿热内蕴型。

主证：上腹痛、阵发加剧，呕吐苦水、口干欲饮，或见黄疸，大便溏薄，小便黄赤，舌红苔黄厚或黄腻，脉滑或滑数。

治法：清热利湿，理气止痛。

方药：自拟清热利湿方。

茵陈蒿 30 克，山栀子 15 克，车前草 15 克，大黄 9 克，虎杖 20 克，枳壳 12 克，白芍 15 克，甘草 6 克，竹茹 12 克，茯苓 12 克，厚朴 9 克。每天 1 剂，水煎服，凉服。

方解：茵陈蒿、山栀子、车前草清热利湿退黄；大黄、虎杖通腑泄热；枳壳、厚朴理气止痛；白芍、甘草酸甘化阴，缓急止痛，竹茹清热和胃止呕；茯苓健脾渗湿。共奏清热利湿，理气止痛之功。

加减法：出现黄疸者加田基黄 30 克、龙胆草 12 克；湿热郁久化火伤阴者加生地黄 30 克、牡丹皮 12 克。

3.气血瘀结型。

主证：脘腹胀满疼痛，固定不侈，腹部可扪及包块，善太息，肌肤不泽，腹块坚或不移，舌暗或有瘀点、瘀斑，脉弦紧或涩。

治法：行气活血散结。

方药：隔下逐瘀汤加减。

柴胡 12 克，赤芍药 12 克，香附 9 克，延胡索 12 克，厚朴 9 克，枳实 12 克，桃仁 12 克，红花 6 克，五灵脂 9 克，三棱 12 克、莪术 12 克。

方解：方选桃仁、红花、赤芍药活血祛瘀；五灵脂、三棱、莪术加强活血散结之功；柴胡、枳实、厚朴、延胡索疏肝理气，使气行则血行，共奏行气活血，化瘀散结之功。

加减法：可加三七末 3 克（冲）、当归 12 克活血养血；瘀热互结，表现为口干苦，便秘、尿黄赤可加黄芩、丹皮 12 克、白茅根 30 克；有血虚表现如头晕、心悸、面色萎黄者加鸡血藤 15 克、枸杞子 12 克、紫河车 30 克。

4.中焦虚寒型。

主证：脘腹胀痛，彻及肩背，或时发时止，绵绵不休，呕吐清水，面色无华，肢厥，便溏，舌淡苔白，脉沉细。

治法：温中理气，散寒止痛。

方药：小建中汤加减。

桂枝 12 克，白芍药 18 克，生姜 12 克，炙甘草 9 克，熟附子 12 克，法半夏 9 克，大枣 4 枚，饴糖 30 克（烊化）。水煎服，每天 1 剂，温服。

方解：本方以建立中气、调和阴阳为关键。重用饴糖甘温入脾，温中补虚，和中缓急；桂枝温阳气；白芍养阴血；炙甘草甘温益气，既助饴糖、桂枝益气温中，又合白芍药缓急止痛；入生姜、大枣多甘相合，健脾胃和营卫调和诸药，共奏温中补虚，和里缓急之功。

加减法：气虚明显加黄芪 15 克、党参 15 克补中气；脾虚及肾，肾阳亏虚而五更泄泻、脘腹喜温喜按，夜尿频者加肉桂 3 克、杜仲 15 克。

典型病例：

邓×，女性，50 岁，机关干部，患者因公事繁忙于 1993 年 1 月始出现脘腹疼痛，甚至痛及肩背，大便溏薄，四肢逆冷，无伴发热及黄疸，曾到附近卫生院就诊，谓“胃炎”，予阿托品、维霉素等治疗，疗效欠佳，遂来我院要求住院治疗。入院后作腹平片示胰腺钙化影，诊断为慢性胰腺炎，察舌淡苔白厚，脉象沉细。中医诊断为腹痛，证属中焦虚寒，治当温中理气，散寒止痛，方选小建中汤化裁，处方：桂枝 12 克，白芍 18 克、生姜 12 克、炙甘草 12 克、饴糖 30 克（烊化）、熟附子 12 克、肉桂 3（焗），枳壳 12 克、厚朴 9 克、台乌药 12 克，每天 1 剂，复煎，温服。服 5 剂后院腹痛减轻，肢冷改善。

（二）针刺疗法。

1.体针：取中脘、梁门、梁关、阳陵泉、足三里、下巨虚、脾俞、胃俞，每次选 3～5 穴，接针灸治疗仪，时间约 30 分钟。如腹痛剧烈，可选舌下金津、玉液放血，或针刺压痛点——阿是穴。

2.耳针：选胆区、胰区，交感神经区埋针治疗。

3.穴位注射法：取双侧足三里或下巨虚穴，每侧注射 10%葡萄糖 2～4 毫升；亦可用丹皮酚针、丹参注射液在足三里、胆囊穴作穴注。

（三）外敷疗法。

腹部有痞块和肠麻痹者，外敷消炎散（黄柏、煅石膏、冰片）。

二、西医治疗

1.对症处理。

止痛可参照急性胰腺炎使用强有力的止痛剂，多在餐前使用。止呕可使用 VitB60.1g＋5%葡萄糖 500 毫升静滴，或用 VitB6.50㎎＋50%葡萄糖 40 毫升静注。或用胃复安 10㎎ 肌注，如呕吐改善后，改 VitB620㎎，每天 3 次，口服或胃复安 10㎎，每天 3 次，口服。

2.胰酶的使用。

胰酶片 0.6～1.6 克，每天 3 次，饭前服；

多酶片 2～4 片，每天 3 次，饭前服。

3.利胆药的使用：

舒胆灵 0.1～0.29，每天 3 次，饭后服；

脱氢胆酸 0.2～0.4g，每天 3 次，饭后服；

舒胆通 40mg，每天 3 次，饭后服。

4.吸收不良性腹泻，采用高蛋白、高碳水化合物，低脂饮食，食油采用中链脂肪（如奶油、椰油等）。

5.脂溶性维生素：（任选一种或数种）

VitA3 万至 5 万μ，每日 2～3 次，口服；

VitD5000μ，每日 2 次，口服；

VitAD 胶囊 1 粒，每日 2～3 次，口服；

VitK110mg，肌注，每日 1～2 次；

VitK210mg，肌注，每日 1～2 次。

6.并发糖尿病，可按糖尿病处理。

7.并发胰腺结石，假性囊肿应手术治疗。

8.合并胆道感染，应使用抗生素抗感染。

（罗云坚、刘丰、郑志文）

第五章泌尿系统疾病

第一节尿路感染

尿路感染一般是指细菌侵犯尿路任何部位引起炎症的总称。依感染部位的下同，可分为上尿路感染（肾盂肾炎）和下尿路感染（膀胱炎、尿道炎）。本症属中医“ 淋证 ”的范畴。

尿路感染的临床表现范围很广，以尿频、尿急、尿痛为主症，可伴见寒战、发热、腰痛、头痛、腹部绞痛等症状。对其病因病机，古代医家认为“ 肾虚膀胱热 ”。《诸病源候评》曰：“ 诸淋者，由肾虚而膀恍湿热故也。 ”淋证初起多因膀眺湿热，其病在膀胱腑，属于热证。淋怔日见，湿热伤阴，而致阴虚；亦有因肾气系亏，脾不健运而发展成阳虚，但阴虚多于阳虚。脏腑虚损在淋证发病初起或在发病过程中，甚至到了疾病的后期均可见到，有时标证、实证可掩盖脏腑虚损的症状。一般而讲，淋证日见，其病在肾脏，并与心、肝、脾等脏器有关，属于虚证，近年来有医家认为与血瘀有关，尤其是慢性尿感，多虚多瘀，故治疗常加入活血化瘀之品以改善微循环，促进炎症病变吸收。

任何细菌入侵尿路均可导致尿路感染，最常见的致病菌是革兰氏阴性杆菌，占 90%以上，其中以大肠杆菌最为常见，其次是变形杆菌，克雷自杆菌、产气杆菌、产碱杆菌和绿脓杆菌，大约 5%～10%的尿感由革兰氏阳性细菌引起。主要是粪链球菌和葡萄球菌，虽然细菌常可进入膀胱，但并不都能引起尿路感染。其发生尿感与否与机体的防御功能（如尿路粘膜的防御功能、吞噬细胞的抗微生物和免疫调节作用、补体的趋化和促吞噬作用等等）和细菌本身的致病力等有关。本病感染途径有四：上行感染（常见）、血行感染、淋巴道感染和直接感染。好发于女性，有尿路梗阻、畸形、全身抵抗力下降时易于发病。

［治疗］

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.膀胱湿热。

主证：小便短数黄赤，灼热刺痛，少腹拘急胀痛，或有寒热，口苦，呕恶，腰痛，大便秘结、舌苔黄腻，脉濡数或滑数。

治法：清热利湿通淋。

方药：八正散加减。

木通 12 克，瞿麦 15 克，萹蓄 15 克，车前草 15 克，滑石 15 克，生甘草梢 6 克，生大黄 10 克，栀子 10 克，凤尾草 15～30 克，白花蛇舌草 30 克。

方解：本方以翟麦、萹蓄、栀子、白花蛇舌草清热解毒利湿；木通、滑石、车前草、凤尾草清热利湿通淋，佐以甘草梢合用有通淋止痛之功；配以大黄，苦寒下达，通腑泻热，使湿热从大便分利而出。

加减法：高热寒战者加柴胡、黄芩各 15 克，荆芥 12 克；小便涩痛明显者，加广木香 6 克、枳实 10 克、石苇 30 克；胁胀痛者加川谏子 10 克、青皮 6 克；血尿明显者加小蓟 30 克、白茅根 30 克、血见愁 30 克；白细胞多者加一见喜 10 克、鹿衔草 10 克、蒲公英 30 克。

典型病例：

张××，女，31岁。恶寒发热伴尿频尿急，尿时涩痛已三天。口干，纳食欠佳，身倦乏力，腰疼痛，尿短赤，肾区叩击痛（+），诊断力急性肾盂肾炎。曾用青、链霉素抗炎治疗三天未见效，特来就诊。证见患者发热，体温38℃，周围血象白细胞10.5×109/L，中性球0.78，尿检：蛋白（+），白细胞（++），红细胞（+），脓球（++）。舌红苔黄腻，脉滑数。证属湿热下注，治当清利，选用八正散加减。处方：篇蓄、石苇各30克，翟麦、车前草、滑石、金银花各15克；大黄6克；连翘10克；海金沙15克，柴胡15克，蒲公英30克，水煎服。进药三剂后、热通，诸症递减，原方继服10剂，尿常规转阴，诸恙悉愈而康。

2.肾阴不足，湿热留恋。

主证：病延日久，小便频痛，淋漓不尽，头晕耳鸣，腰疫隐痛，或伴有低热盗汗，咽干唇燥，尿色深黄，舌质红苔薄黄，脉弦细而数。

治法：滋肾养阴，利湿解毒。

方药：知柏地黄汤加减。

熟地黄15克、山药15克、山茱萸15克、茯苓12克、牡丹皮12克、泽泻12克、知母12克、黄柏12克、黄精15克，白花蛇舌草15克。

方解：本方以熟地黄、山药、山茱萸、黄精滋肾育阴；

黄柏、知母、牡丹皮、泽泻清热泻火；茯苓利湿通淋；白花蛇舌草以清热解毒。

加减法：阴虚内热明显者加柴胡15克、青蒿15克；蛋白尿较多加石苇30克、萆薢30克、薏苡仁30克、玉米须30克；镜检下血尿加白茅根30克、旱莲草30克、小蓟30克、大蓟15克；尿中红细胞不消失加地榆30克、马鞭草30克、蚕豆花30克；尿涩痛甚者加甘草10克、海金沙30克、木通6克；阴虚烦热甚者加玄参15克、地骨皮15克、蒲公英30克。

典型病例：

郑××，女，38岁。患慢性肾盂肾炎年余，经常反复发作。近因感冒后，高热寒战，伴尿频尿急而痛，经抗炎治疗后，高热寒战已罢，尿路刺激症状好转，但持续低热不退1周，伴头晕耳鸣、腰瘦痛加重，失眠盗汗，咽于唇燥，舌红苔薄黄，脉细数，尿检：蛋白（+），白细胞（++）、红细胞（+），脓球（++），尿培养出大肠杆菌。证属肾阴不足，热毒留恋，治宜滋肾养阴，利水解毒。处方：熟地黄15克、山药15克、山茱萸15克，牡丹皮10克、泽泻12克、知母12克、黄柏12克、青蒿15克、地骨皮15克、旱莲草15克，海金沙30克。一周后热退证减。原方加减，继服一月，尿检转阴，诸恙悉退而康。

3.脾肾两虚，余邪未清。

主证：小便淋沥不已，时作时出，少腹坠胀，腰膝瘦软，面色㿠白，面浮足肿，神疲乏力，舌质淡体胖苔薄白，脉沉细无力。

治法：健脾益肾，利湿消肿。

方药：无比山药丸加减。

熟地黄20克，山药15克，茯苓15克，杜仲15克，牛膝15克，泽泻15克，黄芪30克，党参15克，薏苡仁30克、白术10克。

方解：本方以熟地黄、山药、杜仲、牛膝、黄芪等益肾壮元；党参、白术、茯苓以健脾利湿；薏苡仁清热利湿；泽泻以利湿消肿。

加减法：尿检红细胞不消失，去白术，加菟丝子15克、蚕豆花30克；

尿蛋白不消加蚕蛹 15 克、威喜龙 12 克（包煎）；畏寒便溏去薏苡仁，加炮姜 3 克、熟附子 9 克；重复感染，伴有急性症状，尿培养有致病菌者，加白花蛇舌草 30 克，黄柏 10 克、知母 10 克，腰痛较著者加杜仲 10 克、巴戟天 10 克。

典型病例：

唐××，女，44 岁，患慢性肾盂肾炎反复发作一年半，近因劳累后病情加重而就诊。症见患者面色㿠白、慢性病容、头面四肢轻度浮肿、精神不振、头晕目眩、腰背痠痛、月经超前量多，纳食欠佳，脘腹胀满，矢气则减，脉沉细无力。尿检：蛋白（+）、红细胞（+）、白细胞（++）、脓球（++）证属脾肾两虚，抬宜健脾益肾。处方：党参 15 克，白术 10 克，茯苓 30 克，薏苡仁 30 克，山药 15 克，杜仲 10 克，山茱萸 10 克，菟丝子 15 克，厚朴 10 克，白花蛇舌草 30 克。服药一周后，证情稍减，原方加减，继服二月后，尿检转阴诸证缓解。

（二）针刺治疗：

1.急性肾盂肾炎或慢性肾盂肾炎急性发作，小便淋涩急痛、热痛、尿血者可选肾俞、膀胱俞、命门、二阴交、大中、阴陵泉等穴位，用捻转提插泻法。

2.慢性肾盂肾炎脾肾两虚者，可选取脾俞、胃俞、肾俞、足三里，中枢、关元、命门等穴位，用补法。

（三）单方验方：

1.鲜车前草 50～100 克，水煎服，用于尿道炎、膀胱炎、急性肾盂肾炎。

2.穿心莲、金钱草各 30 克，水煎服。功用：同上。

3.白花蛇舌草、金银花、野菊花各 30 克，石苇 15 克，水煎代茶饮。功用：同上。

4.柴胡 10 克、黄芩 10 克、法半夏 10 克、凤尾草 15 克，水煎服。功用：同上。

二、西医治疗

1.尿道炎、膀肌炎、急性肾盂肾炎的治疗：可选用抗菌药物，如下：

（1）复方新诺明：每次 2 片，每日 2 次，口服；

（2）先锋霉素Ⅳ：0.25～0.5 克/次。每日 4 次，口服；

（3）氟哌酸：0.2 克/次，每日 3～4 次，口服。

（4）庆大霉素：8 万 u/次，每日 2 次，肌注。

（5）氨嘧青霉素：4～6 克/次，分 2～3 次静注（皮试）；

（6）先锋铋：4～6 克/次，分 2～3 次静注。

用药原则：①首先应选用对革兰氏阴性杆菌有效的药物，病情较重者，可用 2～3 种药物联合使用；②治疗应在取尿标本作常规和细菌检查后立即进行，以后再根据药敏试验用药；③疗程：下尿路感染三天疗法，上尿路感染二周疗法，停药后每周复尿常规和尿细菌培养一次，共 2～3 周。若复查时有复发征象，应再次用药一个疗程。2.慢性肾盂肾炎的治疗：

抗菌药的应用：通常采取联合用药方法，疗程在 2 周至 6 周，对于经过系统治疗后症状虽己控制，但尿培养阳性者，可采取低坚量药物抑菌疗法：即于每晚睡前排尿后服用呋喃嘧啶（50～100㎎）或复方新诺明（1～2 片），连续 1/2—1 年以控制复发。

（王立新扬霓芝）

第二节急性肾炎

急性肾小球肾炎，简称急性肾炎。广义上是指一组。但病因不一。但临床表现为急性起病，以血尿、蛋白尿、高血压、浮肿并常伴有少尿等特点的肾小球疾病，它是一组临床综合征，故又称之为急性肾炎综合征，好发于儿童和青少年。急性肾炎的发病，大多由链球菌感染后所引起的免疫反应所致，故临床上多称为链球菌感染后肾小球肾炎。从发病机理上属于免疫复合物型肾炎。少数急性肾炎患者并非由链球菌感染后引起，而是由其他细菌、病毒、霉菌、原虫等感染引起的。因此又称之为急性感染后肾小球肾炎。本病属祖国医学“水肿”中“风水”、”阳水”范畴。

本病临床表现轻重悬殊。轻者全无症状而检查时发现无症状镜下血尿，有人称之为“亚临床型急性肾小球肾炎”，在链球菌感染流行时有 50%以上病例是亚临床型；重者可呈急性过程，表现为尿闭，短期内出现肾功能衰竭。感染与急性肾炎发病之间有一定的间歇期，发病前一到四周多有急性咽炎、扁桃腺炎、猩红热、脓皮病等感染史（我国北方地区常以呼吸道感染力主，而南方则以脓皮病感染引起者较多），约 50%～70%病人有肉眼血尿，为洗肉水佯，严重者可伴排尿困难。肉眼血尿持续 1～2 周即转镜下血尿，镜下血尿多数在 6 个月消失，70%～90%病人有程度不等的水肿，一般在 2～3 周后开始消退，严重者可出现胸、腹水至心包积液。约有 70%病人有短时间的高血压，收缩压一般不超过 180㎜Hg，伴有轻中度头痛、头晕、恶心、呕吐，当尿量增多时血压即可恢复。多数病人在起病初期即有尿量减少，个别病人可有短时间（1～2 天）无尿。由于急性期厅少、尿闭，少数严重病人血压持续增高，可并发高血压脑病，出现烦躁、视力障碍、黑朦、抽搐等症，或并发心力衰竭、肺水肿。小部分病人伴有少尿性氮质血症，进一步可发展为急性肾功能衰渴。这是急性肾炎死亡的主要原因。

典型的病例在链球菌感染后 1～3 周出现血尿、浮肿、高血压、下同程度的蛋白尿，尿中有肾小球佯红细胞、红细胞管型及血中补体的动态变化则诊断可成立（急性肾炎时绝大部分病人血中总补体活性及 C_3 都明显降低，C_3 常降至正常 50%以下，其后逐渐恢复，6～8 周时多恢复正常）。

中医学认为正气虚衰是决定形成本病的内在因素。正气充沛，虽感外邪也不致发病。急性肾炎的病因，多因在五虚的基础上，风寒湿热疮毒，气滞血瘀等，可使肺、脾、肾二脏气化功能失调，导致水肿、高血压的形成。如果治疗及时得当，纠正脏腑功能失调，则水肿消退，血压随之复常，患者可趋向康复。反之，则水肿加重，血压不能控制，甚至肝风内动而发生高血压脑病；或水气凌心、脉络痹阻，心气不足而见心力衰竭；或湿浊匀逆，肾失气化，尿少、尿闭以致急性肾功能衰竭。若水肿反复出现，或蛋白尿长期不消，或高血压不能控制，迁延不愈而淫变为慢性肾炎。

西医一般认为本病是抗原抗体免疫复合物所引起的一种肾小球毛细血管炎症病变。本病的发病机制尚不完全了解，但大多数学者认为本病主要是致病菌（大多为链球茵）作为抗原，刺激机体产生相应抗体，形成循环免疫复合物经血循环沉着于肾小球局部而引起。近年来又提出了原位免疫复合物形成的致病学说。所谓原位即指抗体与事先已驻入于肾小球局部的抗原在植入处起抗原抗体反应而言。在抗原抗体复合物导致组织攒伤中，局部炎症介质

也起了重要作用。补体的作用已为人所知，它具有白细胞趋化作用，通过使肥大细胞释放血管活性胺改变毛细血管通透性，还具有细胞毒直接作用。血管活性物质包括组胺、5-羟色胺、血管紧张素II和多种花生四烯酸的前列腺素样代谢产物均可影响炎症。此外.parra 用单克阻抗体 OKT4 和 OKT8 在本病患者肾小球中找到 T 细胞的存在，提示细胞免疫也参与其发病机制。

［治疗］

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.风寒袭表。

主证：发病开始即恶寒发热，寒重热轻，或无热、头痛、无汗或少汗，腰痛体痛，咳嗽气紧，纳呆，尿少便溏，头面、下颌、颈部浮肿。迅即蔓延全身，皮肤光亮、舌淡红，苔薄白，脉浮滑或浮紧。

治法：宣肺发表，利水消肿。

方药：三拗汤合五皮饮加减。

麻黄 6 克，杏仁 10 克，大腹皮 10 克，茯苓皮 15 克。冬瓜皮 15 克，生姜皮 6 克，甘草 5 克。

方解：本方以麻黄、杏仁宣肺发表，肺为水之上源，通调水道，肺行则水行；以大腹皮、茯苓皮、冬瓜皮、生姜皮以利尿消肿，甘草调和诸药。

加减法：尿蛋白流失过多者加蝉蜕 6 克、玉米须 30 克、薏苡仁 30 克；腰痛者加徐长卿 15 克、杜仲 15 克；有肺热行加鱼腥草 15 克、生石膏 30 克；血尿过多者加白茅根 30 克、小蓟 30 克；咽喉肿痛者加蒲公英 15 克、妆银花 15 克、连翘 10 克、牛蒡子 10 克。

单方验方：

（1）玉米须 30 克，薏苡仁 30 克，徐长卿 15 克，鱼腥草 30 克。水煎服。适用于尿蛋白流失过多者。

（2）蒲公英 30 克，野菊花 15 克，牛蒡子 10 克，玄参 15 克，土牛膝 15 克。水煎服。适用于咽喉肿痛或反复发作者。（3）鲜白茅根 60 克，鲜车前草 60 克，煎水代茶治疗水肿。

典型病例：

王×，男，15 岁。患者二周前恶寒发热、咽痛，经用抗生素、磺胺类药及板蓝根冲剂等，症状未减，继则尿少，浮肿渐剧，遂入院就诊，证见患者恶寒发热，寒多热少。体温 38.2℃，头面桩身浮妆，皮肤光亮，咳嗽气短，舌淡红。苔薄白，脉浮紧。血压：158/98mmHg，尿检：蛋白（++），红细胞（+++），白细胞 1～3，颗粒管型 0～2。诊断：急性肾炎。证属风寒犯肺，发为风水。治宜宣肺利水，选用三拗汤合五菩散加减。处方：麻黄 6 克，杏仁 10 克，甘草 6 克，紫苏 10 克，白茅根 30 克，蟀蜕 6 克，茯苓皮 25 克，陈皮 12 克，大腹皮 15 克，车前草 15 克，薏苡仁 30 克。水煎服。进药 5 剂后，汗出，恶寒罢，小便通利，浮肿消减，原方出入，继服一周后，尿检转阴，治愈出院。

2.风热犯肺。

主证：恶寒发热，热多寒少，或启汗咽痛，咳嗽痰黄，口干而渴，尿少色黄，有时肉眼可见血尿，面目浮肿，迅即遍及全身，舌质偏红，苔薄黄，脉浮数或滑数。

治法：疏风清热，宣肺利水。

方药：越婢汤加减。

麻黄 6 克，生石膏 30 克（先煎），甘草 5 克，连翘 10 克，赤小豆 30 克，泽泻 20 克，白茅根 30 克，蒲公英 15 克。

方解：麻黄、生石膏、蒲公英、连翘以疏风情热；赤小豆、泽泻以利水消肿；甘草和中。

加减法：内热重，体温较高者加柴胡 15 克、金银花 15 克、黄芩 15 克；咽喉肿痛甚者加白僵蚕 10 克、金银花 15 克、山豆根 10 克；咳甚者加杏仁 10 克、牛蒡子 10 克、桔梗 15 克；体质素虚、汗出当风、身重而水肿不退、卫阳虚者加黄芪 30 克、防己 15 克、茯苓 15 克；小便赤涩者加木通 10 克、海金沙 15 克；小便不利加薏茵仁 30 克、玉米须 30 克、桑白皮 15 克；水肿甚而兼胸闷喘息者加葶苈子 15 克、白芥子 6 克、法半夏 12 克、全瓜篓 15 克。

典型举例：

越×，男，12 岁，近因感冒后恶寒发热 3 天而头面四肢轻度浮肿一周人院，证见患者发热恶寒，体温 38.5℃，全身浮肿，咳嗽咽痛，口干而渴，胸闷纳呆，大便结，小便短赤，脉滑数，舌红苔薄黄。化验：白细胞 12.5×10^9/L，中性 0.80，尿检：蛋白（+++），红细胞（+++）。有颗粒管型。诊断急性肾炎。证属风热犯肺。治宜清热解毒，宣肺利水，选越婢汤加减。处方：麻黄 6 克，生石膏 30 克（先煎），杏仁 10 克，甘草 6 克，生姜 6 克，大枣 3 枚，白茅根 30 克，连翘 12 克，赤小豆 30 克，泽泻 20 克，石苇 30 克，金银花 15 克。水煎服。连服十余剂，热退肿消，诸症递减，原方加减，继服 5 剂，尿检转阴，痊愈出院。

3.水湿浸渍。

主证：肢体浮肿，皮肤光亮，按之没指，凹陷不起，体重困倦，胸闷纳呆，口干不欲饮水，小便短少，大便溏薄，舌苔白腻，脉沉弦。

治法：通阳利水。

方药：五苓散合五皮饮加减。

桂枝 6 克，白术 15 克，猪苓 15 克，泽泻 30 克，茯苓皮 30 克，生姜皮 6 克，益母草 30 克，大腹皮 15 克，陈皮 10 克，桑白皮 15 克。

加减法：肿甚而喘者加麻黄 6 克、杏仁 10 克；下身肿甚者加防己 15 克、薏政仁 30 克；畏寒肢冷可加熟附子 15 克，肉桂 1.5 克（焗服）。

4.疮毒内攻。

主证：皮肤疮毒未愈，或部分疮疡已结痂，面部或全身浮肿，或头痛发热、纳呆、倦怠乏力、烦躁不安、口干而苦，尿少色赤。舌质红苔薄黄或黄腻，脉滑数或细数。

治法：情热解毒，利水消肿。

方药：五味消毒饮加减。

野菊花、金银花、车前子各 15 克，天葵子 10 克，牛膝 10 克，连翘 10 克，紫花地下，赤小豆各 30 克。

方解：方中选野菊花、金银花、连翘、紫花地丁、天葵予以清热毒；车前子、牛膝、赤小豆以利水消肿。

加减法：血瘀加益母草 20 克、丹参 20 克；兼外感风寒加蝉蜕 10 克、紫苏 10 克；身痒加地肤子 15 克、自薛皮 15 克、苦参 15 克；血尿多者加白茅根 30 克，小蓟 30 克。

典型病例：

钱××，女，16 岁。一月前患多发性脓肿，经用抗生素及切开排脓后，寒热已罢，脓肿消退，但突然头面周身浮肿，迅即波及全身，皮肤光亮，头痛而晕，精神委顿，口干而苦，恶心呕吐，小便短赤，大便于结，脉滑数。舌红苔黄腻。验单复：白血球 12.5×10^9/L，中性球 0.80，红血球正常。尿检：蛋白++，红细胞+、白细胞++，颗粒管型 1～3，诊断：急性肾炎。辨证：热毒内攻，三焦气化不利，发为水肿。治宜清热解毒，利水消肿。方用五味消毒饮合麻黄连翘赤小豆汤加减。处方：蒲公英 30 克、紫花地丁 30 克、赤小豆 30 克、白苇根 30 克，牛膝 10 克、黄芩 10 克、泽泻 10 克、连翘 10 克；金银花 15 克、车前草 15 克，麻黄 9 克，钩藤 20 克，蝉蜕 6 克，水煎服。进药 7 剂，水肿几乎全消，诸症递减。

5.湿热浸淫。

主证：面目周身浮肿，肿势较轻，皮肤瘙痒，或湿疮浸淫，皮肤灼热肿痛，或伴有恶寒，发热，口干而苦，尿道涩痛，小便短赤，舌红苔黄腻，脉濡数。

治法：清热解毒，宣肿利湿。

方药：麻黄连翘赤小豆汤加减。

麻黄 10 克，连翘 10 克，赤小豆 30 克，杏仁 10 克，蝉蜕 6 克，桑白皮 15 克，白茅根 30 克，蒲公英 20 克，地肤子 15 克，甘草 5 克，白花蛇舌草 30 克，薏苡仁 30 克。

方解：方选连翘、赤小豆、白花蛇舌草、蒲公英有清热解毒之功；麻黄、杏仁以宣肺行水；桑白皮、白茅根、薏苡仁、地肤子以利尿消肿。

加减法：湿邪偏盛者加车前子 15 克、厚朴 10 克、苍术 10 克；胸闷呕恶者加白蔻仁 6 克、藿香 10 克、佩兰 10 克、法半夏 10 克；热偏盛者加黄连 6 克、黄芩 10 克、焦栀子 10 克；水肿较重者加通草 6 克、茯苓皮 15 克、冬爪皮 30 克。

6.血热妄行。

主证：肉眼血尿，或如洗肉水佯尿色，常伴小便不利，尿频尿急，尿时有灼热感，头面及下肢轻度浮肿，烦热口渴，胸闷腹胀，便干，舌红苔薄黄，脉细数。

治法：清热凉血、利湿消肿。

方药：小蓟饮子加减。

小蓟 30 克，生地黄 30 克，滑石 30 克，通草 5 克，黄柏 15 克，藕节 15 克，竹叶 12 克，赤小豆 30 克，白茅根 30 克，焦栀子 15 克，连翘 10 克。

方解：方中小蓟、生地黄、竹叶、藕节浮血出血；焦栀子、连翘、赤小豆以清热；通草、赤小豆、白茅根以利湿消肿；黄柏以滋阴清热。

加减法：咽喉肿痛者加蒲公英 30 克、金银花 15 克、玄参 15 克；血尿较甚者加车前草 30 克、血见愁 15 克、琥珀末 2 克（冲服）；肾阴虚者加熟地黄 15 克、炙龟板 15 克（先煎），知母 12 克、黄柏 12 克；血尿不出者加贯仲 20 克，阿胶 10 克（烊化）。

二、西医治疗

1.消除感染病灶：急性肾炎发病后不管感染症状是否存在，均宜用青霉素 80 万至 160 万单位每天肌肉注射，疗程为 10～14 天。抗生素的应用并不影响急性肾小球肾炎的病程经过，但可消除机体尚存的感染病灶，以防止肾

炎迁延发展或病情反复。

2.对症治疗：

（1）一般治疗：病者急性期应卧床休息至血尿减轻，尿蛋白减少（少于lg/日）和水肿、高血压等症状消失后逐渐增加活动。

（2）对水肿、高血压病者应限制食盐和水的摄入，并使用利尿剂如速尿40～80㎎/日。如血压升高明显，可使用肼苯哒嗪 50～150㎎/日或开搏通、洛丁新等药。若严重高血压者，伴有高血压危象或急性左心衰竭者可用硝普钠加葡萄糖静脉液注。

（3）对有氮质血症者宜限制蛋白质饮食，给予优质蛋白 0.6～0.8g/kg/日，对急性肾功能衰竭者应早期作透析治疗。

（王立新杨云芝）

第三节慢性肾炎

慢性肾小球肾炎（简称慢性肾炎）不是一个单独的疾病，而是由多种原因引起通过不同的发病机理，具有不同病理改变，原发于肾小球的一组疾病。

慢性肾小球肾炎属中医“水肿”、“瘘痛”、“血尿”、“虚苏”等范畴。

慢性肾小球肾炎的临床表现为程度不同的蛋白尿、血尿、管型尿，可有高血压或水肿，大多数有不同程度的肾功能损害，大部分患者隐伏起病，少数由急性肾迁延不愈发展而成，病史 1 年以上，经历 3 年至 10 年甚数十年，逐渐不停地破坏肾单位，最后导致慢性肾功能衰竭。

中医学认为慢性肾炎的发生主要是外感之邪日久伤及脏腑，尤其损及肺，脾、肾之脏器功能，而导致水液透化，气化失调所致，也可因劳倦、房事耗伤脾肾而发此病。其病机多为本虚标实，虚实夹杂。本虚多为肺肾气虚，脾肾阳虚，肝肾阴虚，气阴两虚；标实多为外感、水湿、湿浊、湿热、血瘀等。

目前西医认为慢性肾炎的发病是由于机体在致病因素作用下，通过免疫反应而形成的。而机体的免疫反应产生又是多种复杂病因引起如细菌感染(链球茵、葡萄球菌），病毒感染（乙型肝炎）.寄生虫感染（盂氏血吸虫），原虫感染（之日疟原虫）恶性病原虫，生物毒素（花粉、蜂毒、蛇毒），其他如药物（青霉胺），重金属（金、汞、泌）及体内的某些蛋白质（甲状腺球蛋白，某些肿瘤蛋白质）等。

[治疗]

一、中逸治疗

（一）分型治疗。

1.肺肾气虚型。

主证：面浮肢肿、面色萎黄、少气无力，易感冒、腰脊酸痛，舌淡苔白润，有齿印，脉细弱。

治法：益肺补肾。

方药：玉屏风散加味。

黄芪 30 克，白术 12 克，防风 10 克，茯苓 15 克，山药 15 克，炙甘草 6 克，山茱萸 15 克，金樱子 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中以黄芪、白术、防风组成的玉屏风散益气固本，抗御外邪的

侵袭，预防感冒的发生；茯苓、山药、炙甘草以健脾、培土生金；山茱萸，金樱子以补肾培本。

加减法：若全身中度以上水肿或有胸腹水，此乃水湿较盛，需佐以通阳利水，可合用五苓散；苔胃纳呆，恶心或呕吐，或身困倦，精神萎靡，此乃夹有湿浊，可加法半夏 12 克、槟榔 9 克、大黄 9 克等化浊、降浊之药。

典型病例：

患者刘××，男，35 岁，干部。有慢性肾炎病史 10 多年，平素容易感冒，最近因工作忙，劳累过度，觉少气无力，腰背使痛，面色萎黄，颜面四肢中度浮肿，舌淡苔白润，有齿印，脉细弱。本证属肺肾气虚夹水湿内停，治疗上宜扶正祛邪，标本兼顾，拟益脾补肾、通阳利水为法，处方：北芪 30 克，白术 15 克，茯苓 15 克，泽泻 25 克，大腹皮 15 克，山药 15 克，山茱萸 15 克，桂枝 10 克，益母草 15 克。每日 1 剂，连服 4 剂，患者觉腰痛明显减轻，浮肿消退，精神转佳。

2.脾肾阳虚型。

主证：浮肿明显，面色苍白，畏寒肤冷，腰脊痠或胫痠腿软，足跟痛，神疲，纳呆，便溏，性功能失常（遗精、阳萎、早泄）或月经失调，舌嫩淡肿，有齿印，脉沉细或沉迟无力。

治法：温补脾肾。

方药：阳和汤加减。

熟地黄 30 克，鹿角胶 15 克（烊化），白芥子 6 克，肉桂 0 克（焗服），炮姜 4 克，麻黄 6 克，大飞扬 30 克，泽泻 30 克。

方解：方中以阳和汤温补肾阳以治本，大飞扬、泽泻利水消肿以治标。

加减法：若肌肤甲错或肢体麻木，或舌暗或有瘀点，则加丹参 20 克、益母草 30 克、刘寄奴 15 克；若夹湿浊者，可加陈皮 9 克、法半夏 12 克、槟榔 9 克。

典型病例：

患者张××，男，27 岁，工人。有慢性乙型肝炎病史 10 多年，5 年前出现头面部及四肢浮妆，曾在我院住院治疗，诊断为慢性肾炎，经激素治疗后病情好转出院，三月前患者因劳累过度，病情再次复发，在当地医院服激素治疗效果欠佳即转来我院治疗。住院期间给予静滴川芎嗪、利尿合剂，低分子右旋糖酚及白蛋白等治疗，效果欠佳，见患者面色苍白，畏寒肢冷，足跟痛，腰脊痠、神疲、纳呆、便溏、腹水，双下肢重度浮肿，舌淡暗，苔白，脉沉细。患者中医辨证属脾肾阳虚、湿浊内阻夹瘀。治疗上给予温补脾肾，泄浊化瘀。在上述综合治疗基础上给予加味阳和汤。处方：熟地黄 25 克，鹿角胶 15 克（烊化），白芥子 6 克，肉桂 3 克（焗服），炮姜 4 克、麻黄 6 克，大飞扬 30 克，泽泻 30 克，刘寄奴 15 克，益母草 30 克。每天 1 剂，水煎服，连服 3 剂后水肿减轻，尿量增多，再服 20 余剂水肿及腹水全部消退，病情好转出院。

3.肝肾阴虚。

主证：目睛干涩或视物模糊，头晕，耳鸣，五心烦热，口干咽燥，腰脊痠痛，梦遗或月经失调，舌红少苔，脉弦细或细数。

治法：滋养肝肾。

方药：六味地黄丸合二至丸。

山药 30 克，山茱萸 15 克，熟地黄 30 克，牡丹皮 15 克，茯苓 15 克，泽

泻 15 克，女贞子 5 克、旱莲草 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中山药、山茱萸、熟地黄、牡丹皮、茯苓、泽泻乃组成六味地黄丸为滋养肝肾之名方，再合女贞子、旱莲草组成的二至丸以加强补肝肾之阴的作用。

加减法：若面色暗晦、至体麻木，或舌有瘀点者乃夹瘀，可加桃仁 12 克、丹参 20 克、三七 3 克；若面色潮红。心烦易怒者可加石决明 30 克（先煎）、夏枯草 18 克；失眠者可加夜交藤 30 克、酸枣仁 20 克。

典型病例：

李××，男，50 岁。5 年前发现慢性肾炎，近 3 年来血压偏高，常有头晕、眼花、耳鸣、夫眠、腰脊疾痛、五心烦热、口干咽燥等症状，近两周来因思虑过度、失眠，诸病加剧，舌红少苔，脉细数。本证属肝肾阴虚，肝阳偏亢，治法拟滋养肝肾，平肝潜阳，处方：山药 15 克，山茱萸 15 克。熟地黄 20 克，牡丹皮 15 克，茯苓 9 克，泽泻 9 克，女贞子 15 克，旱莲草 15 克，石决明 30 克，夏枯草 12 克，夜交藤 15 克，知母 15 克。每日 1 剂，分两次服，连眼 7 剂，诸症减轻。

4.气阴两虚型。

主证：面捎少华，少气乏力或易感冒，午后低热，手足心热，口干咽燥，或长期咽痛，咽部暗红，舌质偏红，少苔，脉细或弱。

治法：益气养阴。

方药：生脉散加味。

太子参 30 克，麦门冬 15 克，五味子 9 克，石斜 15 克，女贞子 15 克，黄精 15 克，旱莲草 15 克，黄芪 15 克，每日 1 剂，水煎服。

方解：方中用太子参、麦门冬、五味子以益气养阴；黄芪加强补气之功；石斛、女贞子、旱莲草等以加强补阴之功，其中黄蔑、女贞子、黄精、旱莲草有调节兔疫及降低蛋白尿的作用。

加减法：夹瘀者可加丹参 20 克；赤芍 15 克、毛冬青 30 克、王不留行 20 克；出现血尿音可加白茅根 18 克、川萆薢 30 克、仙鹤草 18 克、旱莲草 18 克、藕节 15 克、荠菜 30 克。

典型病例：

患者李××，女，47 岁。反复血尿 10 多年，曾引肾穿刺活检诊断为“ lgA 肾病 ”，常于感冒或劳累后血尿加重，患者 1 周前因劳累过度，出现血尿，小便呈茶色。来诊时面色少华，少气乏力，午后低热，手足心热，口干咽燥，舌质红，少苔，脉细。本拄属气阴两虚，治以益气养阴。处方：太子参 30 克，麦门冬 15 克，五味子 9 克，黄蔑 30 克，旱莲草 20 克，仙鹤草 30 克，藕节 15 克，侧柏叶 15 克，白茅根 30 克。每日 1 剂，翻渣再煎，分 2 次服，连服 7 天，血尿消失。

5.气滞血瘀型。

主证：面色黧黑或晦暗，腰痛固定或刺痛，肌肤甲错，或肢麻木，舌色紫暗或有瘀点、瘀斑，脉象细涩。

治法：活血祛瘀。

方药：桃红四物汤加味。

桃仁 10 克，红花 6 克，川芎 15 克，赤芍 15 克，生地黄 12 克，当归 15 克，丹参 20 克，益母草 15 克，王不留行 15 克。每日 1 剂.翻渣再煎，分两次服，连服 7 天。

方解：方中桃仁、红花、川芎、赤芍以活血化瘀；当归、丹参、生地黄以养血活血；益母草、王不留行以活血通络、利水。

加减法：浮肿严重者可合五苓散；夹湿浊者可加陈皮 9 克、法半夏 12 克、槟榔 9 克、大黄 9 克等降浊泄浊之品。

6.下焦湿热型。

主证：小便黄赤，涩热或涩痛，腰痛，胸闷，纳呆，舌苔黄腻，脉儒数或滑数。

治法：清热利湿。

方药：八正散加减。

瞿麦 15 克，车前草 20 克，扁蓄 15 克，滑石 30 克，大黄 9 克，甘草 6 克，白茅根 20 克，石苇 15 克，秦皮 15 克，荠菜 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中瞿麦、扁蓄、滑石、车前草均有清热利湿作用；大黄清热，活血；白茅根、石苇清热通淋；养菜、奏皮也有清热利湿之功，其中石苇、养菜、车前草、白茅根有较好消除血尿的作用；甘草调和诸药。

加减法：若出现俘肿者可加泽泻 18 克、茯苓皮 30 克；若夹湿浊者可加槟榔 9 克、法半夏 12 克、石菖蒲 12 克。

典型病例：

患者蔡××，女，30 岁。发现慢性肾炎病史 3 年，平素坚持服中药治疗，病情稳定，3 天前因房事后出现尿频、尿急、尿痛、腰痛、发热、眼睑及双下肢轻度浮肿，口子苦，舌红苔黄腻，脉滑数。本证属下焦湿热，治法宜清热利湿，处方：瞿麦 15 克、车前草 30 克，扁蓄 15 克，秦皮 15 克，大黄 9 克，白茅根 30 克，石苇 15 克，荠菜 15 克，甘草 6 克，泽泻 15 克。每天 1 剂，翻渣再煎，分两次服，连服 5 剂后，患者诸症消失。

慢性肾炎患者，若患外感者，则需先治外感，属风热者可用银翘散、麻黄连翘赤小豆汤等，属风寒者可选用人参败毒散、麻黄汤、桂枝汤等。

（二）辨证使用中成药。

1.肾炎解热片。每次 4 片，每日 3 次，适应于慢性肾炎合并有外感风热者。

2.肾炎消肿片。每次 4 片，每日 3 次，适应于脾肾阳虚型或肺肾气虚型夹有水湿者。

3.肾炎温阳片。每次 4 片，每日 3 次。适应于脾肾阳虚型。

4.通脉口服液（主要成分为三七、北芪等）。每次 1～2 支，每日 3～4 次。适应于慢性肾炎患者气虚夹瘀者。

5.三金胶囊。每次 4 粒，每日 3 次，适用于下焦湿热者。

6.益肾灵冲剂。每次 1 包，每天 3 次，适用于慢性肾炎气虚湿热型者。

二、西医治疗

（一）一般治疗：注意休息，防止呼吸道尿路感染，饮食方面，若尿黄的量多，血浆白蛋白低，而无氮活血症者，可进食高蛋白的饮食，出现氮血症期，应限制蛋白入量，多供给动物蛋白（优质蛋白）。

（二）利尿。

水肿较明显的病人可利尿消肿。可选用双氢克尿塞 25～50㎎，每日 3 次，或速尿 20～40㎎，每日 3 次，若长期使用应注意防止低血钾和低钠血症，可合用保钾利尿药，如氨苯喋啶 50㎎，每日 3 次，或氨体舒通 20～40㎎，每日 3 次。若口服利尿药效果欠佳，可用速尿肌注或静注，静滴，用量从小剂量

开始，无效者可加大剂量。

（三）降血压。

应积极治疗高血压，因它会加速肾功能损害。降压时应注意降压平稳，不要降得太低，太快，因这样会减少肾血侃量，加重肾功能衰竭。降压可选用以下降压药。

1.钙离子桔抗剂：心痛定 10～20mg，每天 3～4 次，或拜心通 30mg，每天 1 次。

2.血管紧张紊转换酶抑制剂。如克甫定 25～50mg，每日 3 次，开搏通 12.5～50mg，每天 3 次，也可选用洛丁新 10～20mg，每天 1 次，或依那普利、卡托普利等。这类药特别之处是有扩张球小动脉的作用，可降低肾小球毛细血管内压，从而在一定程度上能延缓肾衰的发生。

3.β受体阻滞剂。如倍他乐克 25～50mg，每天 2 次。

以上降压药可以单独使用，也可联合用药，一般的高血压都可以得到控制。

（四）糖皮质激素的应用。主要用于慢性肾炎肾病型的患者。具体使用分三个阶段。

1.首坚治疗阶段。首始治疗阶段的剂量要足够。成人强的松剂量为每日 1mg/kg，在个别病人有必要时可用至 1.5mg/kg，但每日不超过 80mg，可以顿服，治疗时间为 8 周。

2.减量治疗阶段，用大剂量激素治疗 8 周后开始减量。每桩减量为原先剂量的 10%，成人一般为 5mg。如果经 8 周大剂量治疗不见好转，甚或恶化，在排除影响因素如感染后，估计继续用药亦不会有效（激素无效类型），应迅速减少药量，以便短期停药。②如果治疗后部分缓解（蛋白尿＜3g/日或较原来减少一半）水肿等症状有所减轻，则应激素撤减至小剂量后（成人为每日 0.5mg/kg），改为两日药量，隔日清晨顿服。③如大剂量激素很快或不够 6 周便获得缓解，于缓解后再用原剂量巩固 2 周，便可进行减量。3.持续治疗阶段。经过减量阶段，应视病人的具体情况，作持续治疗。

①首始大剂量激素治疗后，仅获部分缓解者，按上述方法减挞至少坚量时，可服 6 个月或更长时间，再逐渐减量至停药。

②对激素敏感、较快获得完全缓解的病例，通常可按上述减量至激素的维持量，即强的松隔日晨服 0.4mg/kg，此是生理需要量，约服 4 个月或更长一些时间，然后极缓慢减量直至停服。

③有些病人虽在首始治疗获完全缓解，但短期内（＜6 个月）复发，甚或药量减至一定程度即复发（即激素依赖类型）可重新使用激素治疗，并待激索按上述常规减量至维持剂量持续治疗时，可持续眼药 12～18 个月。

（五）环磷酞胺的应用。

环磷酞胺是细胞毒类的药物，主要用于经常复发的肾病综合征和激素依赖型者，其用量为：每日 2～3mg，可分 2 次口服，亦可将 2 日的剂量加入注射用生理盐水 20ml 内，隔日静脉注射，累积总剂量为 150mg/kg。环磷酞胺副作用大，应严格掌握使用转怔。

（六）预防及积极治疗感染。可以定期注射免疫球蛋白，提高机体抵抗能力。如发生感染，应立即给予相应处理。

（七）禁用肾毒性药物。如氨基糖贰类抗生素，二性霉素 B 等。

（林啟展野霓芝）

第四节肾病综合征

肾病综合征并非单一疾病，是由很多原因引起的临床症候群。如果肾脏病具备：①大量蛋白质（每日多于 3.5 克）；②严重低蛋白血症（血清白蛋白少于 30 克/升）；③明显水肿；④高脂血症（血清胆固醇大于 6.5mmol/L）四个特征者，临床上均称为肾病综合征。

凡解引起肾小球疾病者几乎均可发生肾病综合征。临床上将其分为原发性和继发性两大类；前者指原始病发生在肾小球疾病，后者指继发于全身性疾病，如结缔组织病，代谢性疾病等。

其临床表现主要有不同程度的水肿，严重者可发生全身浮肿、阴囊水肿或胸膜腔或腹腔积液，甚至心包积液；低蛋白血症引起的营养不良，继发感染等。

本病诊断以大量蛋白尿和低蛋白血症为必具条件；临床上明确其病因、病理类型及肾功能状态，对制定治疗方案和判断预后是至关重要的。

肾病综合怔在中医属于“水肿病”、“尿浊”等范畴，早在《内经》已有论述。引起肾病综合征的原因，中医认为由多种原因所致，如感受外邪、劳倦内伤，或饮食失调、气化不利、津液输布失常，导致水液潴留，泛滥肌肤而引起水肿。若肾头封藏，精气外泄，或湿热下注则又引起尿浊。本病在病变过程中，以脾肾功能失调为重心，阴阳气血不足，尤其是阳气不足力病变之本，以水湿、湿热、瘀血阻滞为病变之标，表现为虚中挟实证，而且易感外邪，也常因外感而加重病情。如果病情迁延，正气愈虚，邪气愈盛，湿浊诸邪阻滞更甚，则会发生癃闭、溺毒等病。

[治疗]

一、中医治疗

（一）辨证施治。

1.脾肾气虚，水湿内停。

主证：面色萎黄，少气乏力，水肿，或仅见小便湿浊多泡，食欲不振，腹胀，腰痠，舌淡苔白，脉缓无力。

治法：补益脾肾，利水消肿。

方药：补中益气汤合水陆二仙丹加减。

黄芪 30 克，党参 15 克，白术 15 克，帜实 15 克，金樱子 15 克，补骨脂 15 克，冬瓜皮 15 克，车前草 30 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：黄芪补气行气为主，用量要大，多者可达 90 克。用党参、白术健脾益气，冬瓜皮、车前草化湿利水，共为辅药；补骨脂、金樱子、权实固涩补肾为佐药。

加减法：如果水肿甚，脘腹胀满严重者，加木香 5 克、槟榔 15 克理气消胀。

2.脾肾阳虚，水湿内阻。

主证：水肿较甚，以腰背、下肢为主，或伴胸、腹水，小便不利，纳差；便清，面色㿠白，形寒肢冷，舌质淡肿，苔白腻，脉沉细。

治法：温肾健脾，通利水湿。

方药；真武汤合五皮饮。

熟附子 15 克，肉桂 2 克（焗服），干姜 10 克，茯苓 30 克，大腹皮 20

克，生姜皮 10 克，桑白皮 15 克。

方解：方中应用熟附子、肉桂、干姜以温补脾肾；茯苓利水渗湿；桑白皮肃降肺气；通调水道、水湿阻滞则气机阻滞，故用腹皮理气兼以祛湿，生姜皮辛散水饮。

加减法：如兼有阴虚者为减附姜之量，加用巴乾天 12 克温而不燥之品。

3.脾肾阴虚、湿热留恋。

主证：面部及下肢浮肿，腰膝厦软，头晕耳鸣，心烦少寐，咽痛，口干口苦，小便短涩，大使秘结不畅，舌尖红或舌质偏红，苔薄黄，脉弦细。

治法：滋补肝肾，清热利湿。

方药：知柏地黄汤加减。

知母 12 克，黄柏 10 克，泽泻 30 克，生地黄 15 克，山茱萸 10 克，赤芍药 15 克，金钱草 15 克，基菩 20 克，石苇 20 克。

方解：方中生地黄、山莱莫滋补肝肾；知母、黄柏、泽泻清泻下焦湿热；金钱草、石苇、车前草情热利湿；赤芍药凉血化瘀消肿。

4.瘀水互阻。

主证：尿少浮肿，面色黧辉，唇及肌肤或见瘀斑，腰痛如刺，血尿，舌暗或有瘀点，脉涩。

治法：通利水湿，活血化瘀。

方药：桂枝茯苓丸加味。

桂枝 10 克，茯苓 20 克，牡丹皮 12 克，桃仁 10 克，赤芍药 15 克，益母草 30 克，泽泻 15 克，水蛭 10 克，石苇 20 克。

方解：桂枝通利水湿；茯苓、石苇利水渗湿，导水下行，共为主药；丹皮、桃仁、赤芍药活血化瘀；益母草、泽泻、水蛭活血利水，共为辅药。

加减法：如血尿明显，加用白茅根 20 克、小蓟 15 克，琥珀末 3 克（冲服）。

1.蛋白质按 1 克/日·千克体重，如尿蛋白高，血浆白蛋白低，而无氮质血症者可进高蛋白饮食，即 1.5 克/日·千克体重。

2.一般用低盐饮食，食盐 3—4 克/日，水肿、高血压者用无盐或食盐 2 克/日以下，在使用利尿剂情况下，可适当放宽限盐。

3.进食富含纤维素的疏菜和水果。

4.尿少者可吃冬瓜、丝瓜、西瓜、胡萝卜、黑豆等，高血压可吃莲藕、玉米、荠菜等；肾功能不全可吃鱼汤。忌辛辣、刺激性食物。

二、西医治疗

（一）对症治疗一利尿消肿。

1.利尿剂：可交替使用双氢克尿噻、氨体舒通及速尿等，一般不主张盲目加大利尿剂量，如速尿用到 200㎎/次（静点）仍无效，应考虑改其他方法。

2.扩容药。

血浆代用品、低分子右旋醣酐、血浆等，一般给右旋醣酐，隔天一次，每次 250～500㎖。

3.血管扩张药。多巴胺 3ug/kg/imn。

（二）激素和免疫抑制剂的应用。

1.类固醇激素。

常用强的松，如肝功能不好可用强的松龙，剂量不变。用药原则：首始足量，即 40～60㎎/日（或按 1㎎/kg 日），用到 8～12 周；减时慢，每 2～3

周减 1/5～1/6；长期维持，10～15mg/日；共用药半年至 1 年。

2.环磷酞胺。

100mg 每日 1 次或 50mg 每日 2 次。或 0.2 克，静点，隔日 1 次。累积用量 6～8 克。

另要求根据病理类型有区别地治疗：①微小病变型、轻系膜增殖性肾炎，初治单用强的松，量可偏少，复发后用强的松加用环磷酞胺，力求完全缓解。②膜性肾病，是否用强的松加环磷酞胺有争议，不要一味视尿蛋白，而着眼于肾功能的稳定，如无效即减，防恶化。③膜增殖、局灶节段硬化及重系膜增殖性肾炎、如肾功能下正常，不用强的松、环磷酰胺；如肾功能正常则用之。

（三）辅助治疗。

甲转化酶抑制剂类如开搏通 6.25mg～25mg，每日 3 次，主要可降低球内压，但在肾功能不全时慎用。

（四）并发症防治。

1.感染。主要是呼吸道、泌尿道、消化道感染，可根据药物敏感试验选用抗生素。

2.高粘（高凝）状态及血栓形成。使用血小板解聚药，潘生丁 75mg，每日 4 次，用 4 周，阿斯匹林 40～100mg/日，肝素钙 50mg，每 12 小时 1 次，尿激素 2 万μ至 4 万μ，静点，每日 2 次。

3.高脂血症。饮食予以低饱和脂肪酸，药物可用美降脂 20～80mg/日，月见草油等。

（徐大基野霓芝）

第五节慢性肾功能衰竭

慢性肾功能衰竭（简称慢肾衰），是由于多种肾脏病后期造成的肾单位严重破坏，使机体在排泄代谢产物，调节水、电解质、酸碱平衡以及某些内分泌活性物质生成和灭活等方面出现紊乱的临床综合怔。

由于肾功能损害是一个长期的发展过程，不同阶段有其不同的程度和特点，按其临床症状，血 BUN、cR、Ccr 水平可分成肾功能代偿期、肾功能不全期、肾功能衰竭期及尿毒症终末期。

慢性肾衰的病因范围很广，各种肾脏病晚期都不出现肾衰，其中以慢性肾小球肾炎最为常见，其余为慢性肾小管间质性肾炎、糖尿病肾病、高血压良性肾小动脉硬化症等。

慢肾衰的临床表现多种多样，诊及全身各个系统，常见有：①消化系统症状：如恶心、呕吐、食欲不振、腹痛、腹胀、腹泻；②心血管系统：如高血压、心衰、心包炎等；③造血系统：如贫血；④肾脏：如低比重尿、管型血 BUN、CR 升高、双肾缩小等，其他如神经系统出现头晕、头痛等，呼吸系统出现肺活量降低、胸腔积液等。

中医认为慢性肾衰主要是由于各种肾病日久，脏腑功能虚损、其中以脾肾虚损为主，病情逐渐发展而加重，或因外邪侵袭，情志所伤，饮食不节，劳累过度而使病情加重，最后导致正气虚衰浊邪壅滞而发诸证。如病情发展过程中可出现脏腑、气血、阴阳亏虚等表现及湿邪、水气、瘀血壅阻等邪实之候。

［治疗］

一、中逸治疗

（一）辨证施治。

1.脾肾气虚。

主证：倦急乏力，气短懒言，易患感冒，纳呆腹胀，腰膝痠困。舌淡苔白，脉沉弱。

治法：益气健脾补肾。

方药：香砂六君汤台二仙汤加减黄芪 15 克，党参 15 克，白术 10 克，炙甘草 5 克，茯苓 20 克，陈皮 10 克，木香 5 克，仙茅 20 克，巴戟天 15 克，淫羊藿 15 克，砂仁 5 克。

方解：方中党参、茯苓、白术、炙甘草健脾益气；木香、砂仁、陈皮理气、防浊邪留滞；仙茅、淫羊藿、巴戟天共补肾气、温而不燥。诸药合用益气健脾补肾。

加减法：若气虚甚，可用人参 10 克（另炖）隔天服用 5～7 次，易感冒者，可用玉屏风颗粒口服，每日 3 次，每次 1—2 包。

2.脾肾阳虚，水气不化。

主证：形寒肢冷，面色㿠白或晦滞、纳少、腹满，腰膝痠冷，大便稀清，或见水肿，腰以下甚，舌质淡胖，边有齿痕，脉沉弱或沉迟。

治法：温肾健脾。

方药：实脾饮加减。

党参 30 克，白术 10 克，茯苓 20 克，草果 10 克，肉桂 3 克（焗服），巴戟天 10 克，木香 5 克，厚朴 10 克，大腹皮 15 克。

方解：方中党参、茯苓、白术健脾益气；草果、肉桂、巴就天温壮肾阳；大腹皮、厚朴、木香行气利水。

加减法：如果浊毒阻滞较甚，证见腹胀、纳呆、恶心、呕吐、便秘者，可加用大黄 10～15 克、黄连 10 克、竹茹 15 克。

3.脾肾气阴两虚。

主证：面色无华，气短乏力，腰膝痠软，头晕耳鸣，皮肤干燥，或手足心热，大便于，尿光色黄，舌淡少津，脉细弱。

治法：益气养阴。

方药：参芪地黄汤加减。

入参 10 克（另炖），黄芪 30 克，熟地黄 15 克，茯苓 15 克，山药 20 克，太子参 30 克，枸杞子 15 克，山茱萸 15 克。

方解：方中人参大补元气；黄芪、山茱萸益气补肾填精；太子参益气养阴；熟地黄、枸杞子养阴滋肾；山药、茯苓健脾渗湿。

加减法：如兼有瘀血者可在上方加三七末 3 克（冲服），益母草 20 克，丹参 20 克。

4.肝肾阴虚。

主证：头痛头晕，口燥咽干，两目干涩，五心烦热，腰膝痠软，大便秘结，舌淡少苔，脉细弦。

治法：滋补肝肾。

方药：六味地黄汤加味。

熟地黄 20 克，山茱萸 15 克，山药 15 克，牡丹皮 15 克，茯苓 15 克，泽泻 15 克，枸杞子 15 克，女贞子 15 克。早莲草 15 克。

方解：枸杞子、熟地黄、女贞子、旱莲草、山茱萸，养肝补肾填精；牡丹皮清泻肝火，解浊毒；山药、泽泻利湿法浊兼泄肾人。

加减法：如果以头晕、头痛、心烦易怒等肝阳上亢表现突出者，可加用天麻 18 克、钩藤 15 克；若肝风内动，肌肉震颤，手足蠕动可加用尤骨 30 克（先煎）、牡蛎 30 克（先煎）、龟板 30 克（先煎）、鳖甲 30 克（先煎）。

5.阴阳两虚。

主证：极度乏力，畏寒肢冷，手足心热，口干欲饮，腰痠腿软，大便溏薄，舌质淡，胖润，有齿痕，脉沉细。

冶法：阴阳双补。

方药：《金匮》肾气丸加减。

生地黄 20 克，山药 20 克，山茱萸 10 克，泽泻 10 克，茯苓 10 克，牡丹皮 10 克，肉桂 3 克（焗服），炮附子 10 克，淫羊藿 10 克，麦门冬 10 克，龟板 10 克（先煎）。

方解：方中六味地黄汤补阴，加麦门冬、龟板育阴潜阳、肉桂、炮附子温阳，配仙茅、淫羊藿温和补肾。

6.湿热中阻，浊邪犯胃。

主证：恶心呕吐，腹胀、纳呆、口干、口苦，或痰多便秘，舌质红，苔黄厚腻，脉弦数或弦滑。

治法：清热化湿，和胃止呕。

方药：黄连温胆汤加减。

黄连 10 克，姜半夏 12 克，陈皮 10 克，茯苓 20 克，砂仁 10 克，甘草 6 克，枳实 10 克，竹茹 10 克，蒲公英 20 克、槐花 10 克，大黄炭 15 克。

方解：陈皮、姜半夏、砂仁、茯苓、竹茹健脾祛湿化痰，理气和胃降逆，合枳实理气道腑；黄连清热燥湿，除心胃之火，湿热日久化生热毒，故用槐花、蒲公英、大黄以清热解毒祛浊。

加减法：苦伴尿频、尿涩痛，淋漓不尽，小便黄赤者可加用白花蛇舌草 30 克，扁蓄 15 克、车前草 20 克。

（二）中药灌肠疗法。

适应症：早期或中期肾衰者、邪实明显而正虚较轻者。

治法：通腑泻浊。

方药：大黄 30 克，蒲公英 30 克，益母草 30 克，牡蛎 30 克，熟附子 20 克。

方解：大黄用量一般力 20～30 克。最多达 50 克，具有通便泻下，攻逐湿浊毒邪的作用；附子性热与寒性之大黄力伍，阴阳互维；牡蛎收涩敛阴、可致大便溏而不泻，利不伤正；蒲公英助大黄解毒；益母草则活血利水助浊毒徘出。

加减法：如有便血加用地榆 15 克、槐花 10 克、棕桐炭 15 克以凉血止血；腹胀明显，可加厚朴 15 克、槟榔 15 克、大腹皮 15 克。

二、西医治疗

（一）早期防止慢性肾功能衰竭（CRF〕进行性恶化的治疗。

1.消除可逆因素，对诱发和加剧肾衰的各种因素，如感染、电解质紊乱，血容量不足、心衰、尿路梗阻等，应积极纠治。

2.合理的饮食措施：包括优质低蛋白饮食，低磷、一般认为蛋白质予以 0.6 克/公斤；体重可以维持病人的氮平衡，同时应保证足够的热量。35 千卡

/kg 体重·天。亦可按照 Ccr 值予以优质低蛋白饮食。如 Ccr40～100ml/min，给蛋白质 50～70 克/天 ;Ccr20～40/ml/min,给蛋自质 50～60 克/天 ;Ccr10～20ml/min，给蛋白状 40～50 克/天；Ccr＜10ml/min，给蛋白质 35～45 克/天。

3.控制高血压：主要选用钙离于通道阻滞剂和转化酶抑制剂类药物。

4.纠正脂质紊乱：如血脂高可使用降血脂药物。

（二）慢性肾功能衰竭的非透析疗法。

1.营养疗治：优质低蛋白饮食加必需氨基酸（EAA）或优质低蛋白饮食加 a—酮酸，目前认为后者效佳。适应证：①稳定性慢性胃衰；②scr＜＞07.2umol/L；EAA 用量一般为 0.1～0.2 克/日，a—酮酸，以肾灵为主，用量 4～8 片/次，每日 3 次。

2.肠道清除疗法。

口服吸附剂，如活性碳、苞荃氧淀粉等。

3.维持水电解质平衡，纠正酸中毒，包括高血钾、低血钾的处理。低钙血症继发于甲状旁腺功能亢进，骨营养不良，与维生素 D 缺乏有关，用罗钙全或α—D30.25～0.5mg/天治疗。纠正酸中毒，可口服碳酸氢钠 1～3 克/天。如果血 CO_2CP<10mmol/L 宜静脉补碱。

4.贫血的治疗。

可使用重组红细胞生成素（EPO），提倡小剂量皮下给药，个体化。

一般量为 25～100/u/kg·次，每周 2～3 次，同时补充铁坚、硫酸亚铁 0.9 克/天，或福乃得 1 粒/日，叶酸 5～10mg，每日 3 次，维生素 B12100ug/周，用药 1 周后网住球计数升高、2 周后血色素升高、红细胞压积升高，如注射后每 2 周，红细胞压积上升≥40%，将坚量减少原剂量 25%，如 3—4 周红细胞压积仍不升，则将剂量增至原剂量 25%，当血色素达到 100 克/L 时，红细胞压积达 30.3%将剂量减至原坚量 30%～50%，维持量因人而异，在减量或加量后仍应每 1～2 周监测血色素及红细胞压积。

（三）替代疗法。

包括血液透析、血液滤过、腹膜透析等。

慢性肾衰患者出现尿毒症症状和体征，经中西医治疗未能改善者，可以认为适于替代法，亦可参考生化指标：①血 BUN≥28.6mmol/L；②scr≥530.4mmol/L；③Ccr 接近 10ml/min；④血钾≥6.5mmol/L；⑤CO_2CP≤10mmol/L；⑥伴有明显的水钠储留者引起心衰或出现神经系统合并症。对于糖尿病肾病所致的慢性肾衰提倡早期透析。通常采用血液透析，对于心血管功能不稳定的，尤其是老年患者可做血液滤过或腹膜透折，而后两种对中分子物质的清除也较充分。

对于条件好的、特别是年轻患者应建议做肾移植术。

（徐大极、李奋）

第六节泌尿系结石

泌尿系结石又称尿石症，包括肾、输尿管、膀胱和尿道结石，其中尤以肾、输尿管结石最为常见。

泌尿系结石在中医临床中属“淋证”（石淋）、“腰痛”的范畴。

本病的临床表现主要是肾绞痛和发作性血尿，绞痛部位多在胁腹部或腰

部肾区，绞痛多呈阵发性，如刀割样，难以忍受，辗转不安，可向下腹部、阴部放射，常伴恶心呕吐。尿频、尿急、尿痛、尿血等症状。体征主要为肾区叩击痛，下腹部沿输尿管行程有压痛。

本病的临床诊断依据是肾绞痛和血尿的表现，结合腹部 X 线照片、B 超，一般可以确诊。若为透 X 线结石仗须作静脉肾盂造影，可显示结石位置、大小、形态以及有否肾盂积水等。

中医学认力泌尿系结石病位在肾和膀胱，于肝脾相关。《丹溪心法》指出：“诸淋所发，皆肾虚而膀胱湿热也”。肾虚则膀胱气化不利，水湿内停，湿郁久化热，湿热蕴结下焦，尿液受其煎熬，浊质沉淀凝结，日久渐结成石。正所谓“石淋者，水为热乘，如阳瓶久在水中底结白碱”。在结石的形成发展过程中，气滞血瘀也是促使结石形成的重要因素。气滞则气道不行，血瘀则血路不通；而结石日久难排，阻塞水道，导致结石部位气血瘀滞、湿热内蕴，致使症状反复出现。

西医认为本病的发病原因主要有：（一）由于体状或疾病的原因致尿中某些晶体或胶体物质增多；（二）各种原因引起的尿流缓慢、郁积，尿中晶体容易在该处沉积；（三）屈者本身有某些病变（如肾小管性酸中毒）致尿液不能酸化；（四）可能与水源、生活、饮食习惯及遗传因素有关。

[治疗]

一、中逸治疗

（一）分型治疗。

1.下焦湿热型。

主证：腰痛如绞，牵引少腹，连及外阴，小便短数，灼热刺痛，色黄赤或血尿，或有寒热，口苦，呕恶，汗出淋漓，舌苔黄腻，脉弦数。

治疗：情热利湿，通淋消石。

方药：清热利湿排石汤。

金钱草 30 克，车前草 15 克，滑石 30 克，石苇 15 克，海金砂 15 克，冬葵子 15 克，鸡内金 15 克，乌药 12 克、牛膝 12 克，威灵仙 12 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以金钱草、车前草、滑石、石苇清热利水、通淋排石为主药；佐以海金砂、冬葵子、鸡内金化石通淋；威灵仙、牛膝通经引火下行；乌药行气止痛。

加减法：血尿甚者加白茅根 15 克、茜草根 15 克、小蓟 15 克、琥珀末 3 克（冲服）、旱莲草 15 克等；疼痛甚者加延胡索 15 克、沉香 10 克、三七 1.5 克（冲服）；有发热、脓尿考加白花蛇舌草 30 克、金银花 15 克、蒲公英 20 克、黄芩 15 克；大便秘结者加大黄 9 克、槐花 5 克。

典型病例：

李××，男，38 岁。平素嗜辛辣之品。此次以阵发性右腰疼痛伴发热、尿急尿痛 2 天人院。症见右腰疼痛如绞，引及少腹，低热（体温 37.8C㎝）小便短赤刺痛，口苦，大便秘结，舌红、苔黄腻。查体右肾区叩击痛明显。肾 B 超

示：右肾结石（0.3×0.8㎝）；尿常规示：白细胞（++）、红细胞（+++）；血常规示白细胞总数稍偏高。本症属下焦有湿热蕴结，拟清热利湿排石汤加减治疗。处方：金钱草 30 克，车前草 15 克，滑石 30 克，石苇 15 克，海金砂 15 克，鸡内金 15 克，乌药 12 克，白茅根 18 克，白花蛇舌草 30 克、蒲公

英 18 克，连服 5 剂发热退，腰痛、尿痛明显减轻，再服 5 剂症状消失，复查 B 超未发现结石影，血、尿常规正常。

2.气滞血瘀型。

主证：腰痠胀痛或刺痛。少腹胀满隐痛，痛处固定，小便淋沥不畅，尿色深红或挟有血块，舌质紫暗或有瘀点，苔黄，脉弦涩。

治法：理气活血，化瘀通淋。

方药：血府逐瘀汤加减。

金钱草 30 克，石苇 15 克，桃仁 10 克，红花 9 克，当归 10 克，牛膝 10 克，赤芍 10 克，枳实 10 克，沉香 9 克，王不留行 12 克，穿山甲 12 克（先煎），海金砂 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以当归、赤芍、桃仁、红花、牛膝、王不留行、穿山甲活血化瘀通络为主药；佐以金钱草、石苇、海金砂利水通尿排石；沉香、枳实理气行滞止痛。

加减法：疼痛甚者可加三七 1.5 克（冲服）、延胡索 15 克、川楝子 15 克、乌药 15 克等；若攻伐过久，出现脾虚、肝肾不足者可加黄芪 30 克、党参 30 克、白术 12 克、茯苓 15 克等益气健脾，或加熟地黄 15 克、构杞子 15 克、杜仲 15 克、淫羊藿 15 克、补骨脂 15 克、续断 15 克等兼补肝脾。

典型病例：

赵××，女性，45 岁。平素性格较忧郁多疑。一月前开始出现左侧腰部胀痛，呈皱发性加剧，少腹满痛，痛处较固定，小便淋沥不畅，无发热，无肉眼血尿，舌暗红，边有瘀点，苔薄黄，脉弦涩。查体左肾区轻叩痛。尿常规示：白细胞 3—5 个，红细胞（+）；血常规正常；腹平片示：左输尿管下段结石（约黄豆大小〕。曾在某区医院用西药对症治疗，效欠佳而来就诊。本症属气滞血瘀型，拟血府逐瘀汤加减治疗。处方：金钱草 30 克、石苇 15 克、桃仁 10 克、红花 9 克、牛膝 12 克、赤芍 15 克、枳实 10 克、沉香 9 克、王不留行 12 克、海金砂 15 克、郁金 12 克、鸡内金 15 克，连服 7 剂，尿中排出黄豆大小砂石一粒而病愈。

3.脾肾两虚型。

主证：腰脊痠痛，神疲乏力，小便频数，淋沥不已，脘腹胀闷，纳呆，便溏，舌淡、苔白、脉细弱。

治法：益气健脾补肾，通淋排石。

方药：四君子汤合济生肾气丸加减。

黄芪 30 克，党参 15 克，白术 12 克，茯苓 15 克，熟地黄 12 克，山茱萸 12 克，菟丝子 12 克，杜仲 12 克，肉桂 3 克（焗服），车前子 15 克，牛膝 12 克，海金砂 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以黄芪、党参、白术、茯苓益气健脾；熟地黄、山茱萸、菟丝子、杜仲、肉桂、牛膝补肾并助膀胱气化；车前子、海金砂通淋排石。

加减法：腰瘦痛明显，痛处固定者加当归 9 克、赤芍 15 克、三七未 3 克（冲服）、琥珀 3 克（冲服）；背寒肢冷者加熟附子 10 克、补骨脂 15 克、淫羊藿 15 克；血尿加金钱草 20 克，石苇 15 克、白茅根 15 克、茜草根 15 克、小蓟 15 克。

典型病例：

黎××，女 54 岁。有“肾结石”病史 3 年，反复出现腰部痠痛伴尿频尿急，近日因劳累后症状加重，腰膝痠软，夜尿多，神疲乏力，纳呆，大便溏，

舌淡红，苔白，脉沉细。查尿常规：白细胞 2～3 个，红细胞 3～5 个；肾 B 超示：左肾多发性结石并积液，右肾结石。本症属脾肾两虚型，拟四君子汤合济生肾气丸为治。处方：黄蔑 30 克，党参 20 克，白术 12 克，茯苓 15 克，山茱萸 12 克，菟丝子 12 克，杜仲 12 克，牛膝 12 克，车前子 15 克，海金砂 15 克，鸡内金 15 克，薏苡仁 20 克。连服 7 剂，诸症大减，复查尿常规正常。

4.阴虚火旺型。

主证：头晕目弦，腰痠耳鸣，面色潮红，五心烦热，舌红少苔，脉细数。

治法：滋阴降火，通淋排石。

方药：知柏地黄丸加味。

生地黄 15 克，山茱萸 12 克，山药 15 克，牡丹皮 12 克，泽泻 15 克，茯苓 15 克，知母 12 克，黄柏 12 克，牛膝 15 克，海金砂 15 克，石苇 18 克，琥珀末 3 克（冲服）。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以生地黄、山茱萸补肾益肝；山药健脾固摄、牡丹皮、知母、黄柏滋阴清热，降火为君；佐以海金砂、茯苓、泽泻、琥珀末清热利湿化石；牛膝引火下行。

加减法：腰痛耳鸣明显加桑寄生 15 克、菟丝子 15 克、杜仲 15 克。

典型病例：

许××，男，41 岁。平素劳欲不节。2 年前发现“左肾及膀胱结石”，经治疗后症状时有反复，此次因房事后觉腰痠痛明显，头晕耳鸣，五心烦热，尿色淡红，口咽干燥，舌红苔少，脉细略数。查尿常规：白细胞 0—2 个，红细胞（++）；B 超示：左肾结石（1.0×0.8㎝），膀胱内结石（0.5×0.9㎝）。本症属阴虚火旺型，拟知柏地黄汤治之。处方：生地黄 15 克、山茱萸 12 克、山药 15 克、牡丹皮 12 克、泽泻 15 克、茯苓 15 克、知母 12 克、黄柏 12 克、白茅根 15 克，海金砂 15 克、琥珀末 3 克（冲服）、桑寄生 15 克。服药半月，症状消失，复查尿常规正常，B 超示：左肾结石如前，膀胱未见结石。

（二）总攻疗法。

总攻方案如下：

9：30 饮水 400 毫升

9：45 中药排石汤 1 剂

10：00 饮水 400 毫升

10：15 饮水 400 毫升

10：20 速尿 20 毫克肌注

10：25 电针肾俞（一）、膀胱俞（+）较强刺激，断续波，留针 20 分钟

10：55 阿托品 0.5 毫克皮下注射

11：00 跳跃运动 30 分钟

每天 1 次，连续 5 天为一疗程，间隔 2—3 在后天始第二疗程，2—3 个疗程后复查腹部平片或日超，观察结石治疗效果。对体弱、心功能不全、肾功能不全和肾结石过大者忌用本法。

中药排石汤：黄芪 30 克，金钱草 30 克，车前草 20 克，石苇 30 克，海金砂 15 克，冬葵子 15 克，鸡内金 15 克，乌药 12 克，郁金 15 克，琥珀末 3 克（冲服）。

二、西医治疗

（一）增加水分摄入，稀释尿液，减少沉淀：鼓励大量饮水，保证每日

尿量在 2500 毫升以上。

（二）调节尿液的酸碱度。

草酸钙、磷酸钙、磷酸铵镁结石宜酸化尿液：可口服维生素 C0.2 克，每日 3 次，或口服氯化铵 0.3 克，每日 3 次。

尿酸结石、胱胺酸结石宜碱化尿液：可口服小苏打 2 克，每日 3 次，或口服枸橼酸合剂 15 毫升，每日 3 次。

（三）解痉止痛。

阿托品 0.5—1 毫升，皮下注射；颅痛定 60 毫克，肌肉注射，或杜冷丁 50—100 毫克，肌肉注射。

（四）防治感染。

宜选用对革兰氏阴性菌敏感的药物，如先锋IV或先锋VI0.25 克，每日 3—4 次，口服；复方新诺明 2 片，每日 3 次，口服；环丙氟哌酸 0.25—0.5 克，每 12 小时 1 次，口服，或泰利必妥 0.2 克，每日 3 次，口服；感染严重者，可静脉滴注先锋IV4—6 克/日，或环丙沙星 0.2 克，每日 2 次，静脉滴注。

最好能在抗菌治疗前作中段尿培养及药敏试验，根据药敏结果选用有效抗菌药，以提高疗效。

（五）外科治疗。

内科保守治疗效果欠佳者，可考虑行体外震波碎石术或手术取石。

（刘旭生、李奋）

第六章神经系统疾病

第一节偏头痛

偏头痛是一种反复发作的血管性头痛，疼痛多在头部一侧，具有三个特点：突然发作性头部剧痛，头痛可以自动或药物缓解而不留后遗症，惯于复发并有无痛间歇期。

偏头痛在中医临床中属“偏头痛”、“头风”、“厥头痛”的范畴。

偏头痛主要临床表现是在青春期发病，多有家族史，头痛有较明显的前驱期，通常以视觉症状最多见，如畏光、闪光、偏盲、短暂失明，少数可出现偏身麻木，轻瘫，前驱症状持续数分钟至半小时，随之是剧烈头痛，多在一侧额颞区、眼眶，再扩散至半侧头部，呈跳痛、胀痛，钻痛。同侧颞动脉可怒张，及大量出汗，甚至伴恶心呕吐，一次发作持续数小时，有时长达 1—2 日，发作后多数病人疲倦思睡。发作频度不定，多数人数周发作一次，也可数日、数月或数年发作一次，发作间歇期患者完全正常。

临床上亦有一部分患者无明显的先兆症状，头痛可为一侧，双侧或全头性，持续时间较长，为普通偏头痛。

体征：无典型固定的阳性体征。

临床诊断依据是反复发作性搏动性头痛，每次发作性质相近，伴有明显植物神经症状，间歇期正常，无明显神经系统阳性体征，应用麦角胺制剂治疗有效。

中医学认为偏头痛病位在头，与肝、脾、肾三脏有关。头为诸阳之会，脑力清阳之府，五脏六腑之精气，皆上注于头，故外感、内伤、诸种因素瘀阻脑络与清窍，清阳不达，浊阴翳蔽，因而痛作。因于肝者，肝气郁滞，久郁化火，上扰清空而为头痛；因于脾者，气血亏虚，清阳不升，脑髓失养而为头痛；又因病在高巅，伤于风者，上先受之，多因风而诱发；本病反复不已，久痛入经，而为瘀。

西医认为本病的发病主要原因与颅内外血管舒缩功能障碍有关。诱发因素包括精神紧张、过劳、气候变化、强光刺激，应用血管扩张药，食用酪胺含量高的食物（如巧克力、乳酪、柑桔）及酒类等，约 50%以上患者有家族史。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.肝郁气滞型。

主证：因于情志影响，或妇女与月经来潮有关，头痛偏于一侧，左右不一，或牵延致眉棱骨，多呈胀痛，其痛反复，心烦易怒，面红口苦，或兼胁痛，恶心欲吐，舌红苔薄黄，脉弦。

治法：疏肝清热、理气止痛。

方药：疏肝定痛汤（自拟方）。

柴胡 15 克，黄芩 15 克，法半夏 12 克，白芍 18 克，郁金 15 克，栀子 12 克，蔓荆子 18 克，香附 15 克，延胡索 15 克，姜竹茹 12 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以柴胡、黄芩、栀子以疏肝清热为主药；佐以白芍、郁金、

香附、延胡索以柔肝理气止痛；法半夏、竹茹和中止呕。

加减法：本证多由于风热之邪入侵而诱发，痛连背项者，加葛根30克、白芷12克；面红目赤，烦渴者，加生石膏30克、菊花18克；若肝火亢盛，加龙胆草15克，菊花15克以清肝泻火。

典型病例：

陈××，女性，32岁，财务人员，有反复头痛史6年，平素每因精神紧张或月经来潮而诱发，昨晚因加班至深夜，晨起时自觉右侧颞部疼痛，牵延眼眶，呈搏动感，痛连背项，伴恶心呕吐胃内容物，心烦，口干苦，舌红苔薄黄，脉弦。检查：血压19/10KPa，神经系统无明显阳性体征。本证属肝郁气滞型，拟疏肝定痛汤加减治疗。处方：柴胡15克，黄芩15克、法半夏12克、栀子12克、蔓荆子18克、姜竹茹12克、葛根30克、白芷12克、菊花18克、白芍18克、延胡索15克，连服2剂呕吐止，头痛减。

2.气血亏虚型。

主证：头痛，痛势绵绵，时发时止，遇劳加剧，神疲体倦，口淡乏味，腹胀纳差，甚则恶心呕吐，舌淡，苔白，脉沉细。

治法：益气补血，祛风止痛。

方药：参芪四物汤（自拟方）。

当归12克，川芎20克，熟地黄30克，白芍30克，党参30克，黄芪45克，白术15克，刺蒺藜18克，白芷15克，法半夏12克。每日1剂，水煎服。

方解：本方以当归、川芎、熟地黄、白芍养血祛风止痛为主药；佐以党参、黄芪、白术以益气；白芷、蒺藜以祛风止痛；法半夏和中止呕。

加减法：本证可因风寒入侵而诱发，畏风，常喜裹头，可加羌活12克、防风12克辛温散寒；痛剧则加制川乌9克、细辛5克，温经通络以增强祛风止痛之效。

典型病例：

关××，女性，26岁，反复头痛病史3年，人流后两周，昨骑摩托车外出，晚上自觉前额部隐痛，渐发展至左半头部，呈胀痛，恶风，畏光，腹胀，恶心欲吐，面色㿠白，口淡喜热，舌淡，苔白，脉沉细。本证属气血亏虚，风寒袭络，拟参芪四物汤加减治疗。处方：当归12克、川芎20克、熟地黄30克、党参30克、黄芪45克、白术15克、刺蒺藜18克、白芷15克、法半夏12克，服3剂后，诸证缓解。

3.血瘀头痛型。

主证：头痛经久不愈，痛有定处，或钻痛，刺痛，伴面色晦滞，唇色紫暗，舌有瘀点，脉沉涩。

治法：活血祛瘀，通络止痛。

方药：血腑逐瘀汤。

桃仁12克，川红花12克，当归10克，川芎12克，赤芍12克，牛膝18克，生地黄30克，柴胡12克。每日1剂，水煎服。

方解：本方以桃仁、红花、当归、川芎、赤芍、生地黄以活血祛瘀止痛；佐以牛膝通血脉；柴胡以升达清阳。

加减法：气虚者加黄芪30克；血虚者加鸡血藤30克；痛甚加全蝎6克、蜈蚣3条、蜂房12克以镇痉止痛。

（二）中药外治法。

1.外敷法：可选用辣椒膏、麝香风湿止痛膏、血竭膏、701 止痛膏等敷太阳穴或阿是穴。

2.薰蒸法：可选用辛香走窜之川芎 20 克、白芷 30 克、当归 20 克、细辛 10 克，以热药气蒸蒸头部，每日 2—3 次，每次 10—15 分钟。

（三）针灸疗法：

前额痛：近取印堂、攒竹，远取合谷、风池。

侧头痛：近取太阳、悬颅，远取侠溪、外关。

后头痛：近取后顶、天柱，远取后溪、昆仑。

头顶痛：近取百会、通天，远取太冲、内关。

若肝阳偏亢，配合风池、百会、太阳、太冲，气血不足，配合百会、气海，肝俞、足三里。

二、西医治疗

（一）发作期治疗。

1.麦角胺制剂：常用麦角胺咖啡因，在先兆期立即服 1—2 片，无效半小时再服 1 片，每日不超过 4 片，每周不超过 10 片为宜。有严重心血管、肝肾功能损害疾患、甲亢、孕妇应禁用。头痛已达高峰期用之无效。

2.前列腺素制剂：

（1）阿斯匹林 0.3—0.6 克，每日 3 次，口服。

（2）消炎痛 25mg，每日 3 次，口服。3.肾上腺皮质激素类：强的松 10mg，每日 3 次，加服氯化钾 1.0 克，每日 3 次，口服。

（二）间歇期预防性治疗。

1.去除诱因：避免食用富含酪氨酸或亚硝酸盐的食物。停用血管扩张剂或口服避孕药等可能诱发头痛发作的药物；注意心理治疗，避免紧张、焦虑、疲劳等诱发因素。

2.钙拮抗剂：西比灵 5—10mg，每日 1 次，睡前服；尼莫地平 30mg，每日 3 次，口服。

3.抗 5—羟色胺剂：赛庚啶 4mg，每日 2 次，口服。

4.β—受体阻滞剂：心得安 10—30mg，每日 3 次，口服，哮喘、心衰、房室传导阻滞者禁用。

5.安定药或抗抑郁剂：舒乐安定 1mg，每日 3 次，口服；氯丙嗪 25mg，每日 2—3 次，口服。

（杨志敏）

第二节面神经炎

面神经炎是茎乳突孔内急性非化脓性面神经炎，引起周围性面神经麻痹，或称 Bell，麻痹。

面神经炎在中医临床中属“口僻”，”面瘫”，“吊线风”。“口眼㖞斜”的范畴。

面神经炎主要的临床表现是 20—40 岁多见，绝大多数为一侧性，双侧甚少见。通常急性起病，主要症状是一侧面部表情肌突然瘫痪，于数小时或 1—2 天内到达高峰。病初可有耳后或下颌角疼痛。多数病人于洗脸、漱口时发现一侧面颊肌动作不灵，嘴巴歪斜。

体征：额纹消失，不能皱额蹙眉，眼裂不能闭合或闭合不全，闭眼时，

瘫痪侧眼球向上外方转动，露出白色巩膜，称“ 贝耳 ”现象，病侧鼻唇沟变浅，口角下垂。露齿时口角歪向健侧，鼓气或吹口哨时漏气，食物易滞留于病侧齿颊之间。病变在鼓索参与面神经处以上时，可有同侧舌前 2/3 味觉障碍。

临床诊断：根据急性起病的周围性面瘫即可诊断。

中医学认为本病多由于人体正气不足，络脉空虚，风邪乘虚入中头面阳明脉络，使颜面一侧营卫不和，气血痹阻，经脉失养而发病。《诸病源候论》指出：“ 偏风口㖞是体虚受风，风入于夹口之筋边。是阳明之筋，上夹于口，其筋偏虚，而风因乘之，使其经筋急而不调，故今口㖞僻也。 ”说明本病是由络脉空虚，风邪入中而得。凤邪易与寒、热、痰等邪为患，且久病致瘀。瘀血阻滞，病程迁延。此外，外风可引动内风，内风亦可兼夹外风，故内外台邪为患，亦是本病发生和转归又一病因病机特点。

西医认为可能局部营养神经的血管受风寒而发生痉挛，导致该神经缺血、水肿、受压而致病，或风湿性面神经炎。茎乳突孔内的骨膜炎产生面神经胀肿，受压，血循环障碍而致神经痹麻。

［治疗］

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.风寒袭络。

主证：突然口眼歪斜，眼睑闭合不全，伴恶风寒，发热，肢体拘紧，肌肉关节痠痛，舌质淡红，苔薄白，脉浮紧或浮绥。

治法：法风散寒，通络和营。

方药：麻黄附子细辛汤加味。

炙麻黄 9 克，熟附子 10 克，细辛 3 克，桂枝 9 克，防风 12 克，白芷 10 克，白芍 15 克，川芎 9 克，秦艽 18 克，甘草 6 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：炙麻黄、桂枝、防风、白芷祛风散寒；熟附子、绷辛温里散寒：白芍、川芎调气血，和营卫；秦艽通络；甘草调和诸药。

加减法：风寒不明显者去熟附子；表虚自汗去炙麻黄加黄芪 30 克、白术 15 克；兼头痛者加羌活 10 克、葛根 30 克；兼痰浊阻络者加胆南星 10 克、白芥子 10 克。

典型病例：

患者，何××，男，30 岁，工人，1995 年 7 月 4 日因“ 左口眼歪斜 1 天 ”就诊。病前有吹风扇受凉吏。入院见左口眼歪斜，微恶风，鼻塞，无发热，二便调，舌淡红，苔薄白，脉浮紧。查体：心肺正常，左眼睑不能闭合，额纹消失，左鼻唇沟浅，左口角下垂，鼓腮不能，其余神经反射正常。本证属风寒袭络，处方：炙麻黄 9 克、细辛 3 克、桂枝 9 克、防风 12 克、白芷 10 克、白芍 15 克、川芎 9 克、秦艽 15 克、甘草 6 克，连服 7 剂，结合针灸治疗，症状明显改善。

2.风热袭络。

主证：突然口眼歪斜，眼睑闭合不全，伴口干，口苦，或汗出，肢体肌肉度楚，舌边尖红，苔薄黄，脉浮数或弦数。

治法：祛风清热，通络和血。

方药：自拟方。

钩藤 18 克，秦艽 15 克，防风 12 克，白芷 10 克，白芍 15 克，川芎 9

克，桑枝 15 克，蝉蜕 6 克，桑叶 12 克，菊花 12 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：钩藤、秦艽、桑枝祛风通络；防风、白芷祛风，蝉蜕、桑叶、菊花疏风散热、白芍、川芎调和气血。

加减法：热重者加金银花 15 克、连翘 15 克；兼风痰阻络者，加胆南星 10 克、天竺黄 10 克、白芥子 10 克；久病难愈、舌质暗者，加桃仁 15 克、红花 10 克、毛冬青 30 克。

3.风痰阻络。

主证：突然口眼歪斜，眼睑闭合不全，或面部抽搐，颜面麻木作胀，伴头重如蒙，胸闷或呕吐痰涎，舌胖大，苔白浊或腻、脉弦滑。

治法：祛风化痰，通络止痉。

方药：牵正散加味。

白附子 6 克，白僵蚕 10 克，全蝎 9 克，白芥子 15 克，胆南星 15 克，防风 12 克，白芷 10 克，天麻 15 克，陈皮 6 克。

方解：白附子、白芥子、胆南星祛风化痰止痉；天麻、全蝎、白僵蚕祛风通络止痉；防风、白芷祛风；陈皮理气化痰。

加减法：若面肌抽搐频发者，加地龙 10 克、蜈蚣 2 条；若病久见瘀血之象，加桃仁 15 克、赤芍 15 克、川芎 15 克。4.气虚血瘀。

主证：口眼歪斜，眼睑闭合不全日久不愈，面肌时有抽搐，舌质淡暗，苔薄白，脉细涩或细弱。

治法：益气活血，通络止痉。

方药：补阳还五汤加减。

黄芪 45 克，党参 30 克，鸡血藤 30 克，归尾 12 克，川芎 9 克，桃仁 12 克，川红花 9 克，白芍 15 克，地龙 10 克，全蝎 9 克，白僵蚕 10 克。

方解：黄芪、党参益气；鸡血藤、归尾、川芎、桃仁、川红花活血化瘀；白芍养血柔筋；地龙、全蝎、白僵蚕通络止痉。

加减法：们寒者加桂枝 10 克、细辛 6 克；兼痰浊者加白芥子 15 克、法半夏 12 克、胆南星 10 克。

（二）贴敷疗法。

用生马钱子湿润后，每枚切成 5 薄片，排列于氧化锌橡膏上，按面瘫范围大小，敷贴患者口角侧，向左（右）歪斜敷贴在右（左）侧，隔日换贴一次，至痊愈为止。（三）针灸疗法。

主穴：颊车、地仓、四白、翳风、听会、耳门、太阳、风池、下关、牵正。

配穴：合谷、曲池、足三里、丰隆。

操作：每次选用 4—5 穴，平补平泻，留针 30 分钟，每日 1 次。

二、西医治疗

（一）药物治疗。

1.强的松 10 毫克，每日 3 次，口服。或地塞米松 0.75 毫克，每日 3 次，口服，于起病早期应用 1—2 周。

2.维生素 B1100 毫克，肌注，每日 1 次；维生素 B12500 微克，肌注，每日 1 次。

（二）理疗。

急性期于茎乳孔附近红外线照射或超短彼透热疗法；恢复期可给予碘离于透入治疗。

（三）体疗。

患者对镜用手按摩瘫痪的面肌、每日数次，每次 5—10 分钟。

（四）眼裂不能闭合者，可根据情况使用眼药水、眼膏、眼罩或墨镜等方法。

（五）手术治疗。

长期不恢复者可考虑行整容手术或面一舌下神经或面一副神经吻合术。

（杜宝新）

第三节三叉神经痛

三叉神经痛是指三叉神经分布区内短暂的反复发作的剧痛。三叉神经痛分为原发性和继发性两种，本文讨论的是原发性三叉神经痛。

根据三叉神经痛的临床特征属于中医之 ” 面痛 ” ，“ 偏头痛 ” 的范畴。

三叉神经痛主要的临床表现是以面部一支或几支分布区内突发的短暂剧痛为特点。临床上以第二、三支疼痛最多见，所以疼痛以面颊部、上下颌或舌痛最明显，痛剧可引起反射性面肌抽搐，口角牵向患侧，并有脸红、流眼泪和流涎。严重者洗脸、刷牙、说话、咀嚼时均可诱发疼痛加剧。疼痛一般每次发作时间仅数秒至数分钟，可突然开始和突然停止，间歇期完全正常，多呈周期性发作，每次发作期可数天、数周或数月不等，缓解期亦可数天乃至数年，病程长，很少有自愈者。检查时，急性发作期患侧面部可有痛觉，触觉的减退或过敏，面部二叉神经分布区内之“ 板机点 ” 轻触即可诱发剧痛，上述体征于发作过后可消失。缓解期一般无其他阳性体征。

三叉神经痛的临床诊断依据主要以三叉神经分布区内发作性疼痛为特征。发作时可伴有面肌抽搐，面部潮红，流泪，流涎等症状；疼痛发作与停止均突然；刺激三叉神经分布区内之 “ 板机点 ” 可促使疼痛发作和加剧；发作缓解期无神经受损阳性征，若有阳性体征应排除继发性三叉神经痛。

中医认为二叉神经痛的病位在头面部，与肝胆胃关系最为密切。其病因有外感、内伤之别，同时又与风邪密切相关。因风寒毒邪外袭，致寒凝血脉于头面，或因过食煎炒辛辣之品致肝胆郁热或胃火、痰火蕴积，火热上炎，或复因风毒乘虚而入，引动痰火致风火痰循经上攻于头面。久病反复发作，迁延日久不愈，久痛入络入血分导致瘀血痹阻而成顽痛之证。

原发性三叉神经痛目前病因未明。过去认为原发性三叉神经痛并无特殊的病理改变，但近来有人在治疗三叉神经痛患者做感觉根切断术时进行活检，发现有些纤维脱髓鞘或髓鞘增厚、轴突变细或消失。也有人发现部分息者后颅窝小团异常血管压迫三叉神经根，手术后便痊愈。认为可能此类致病因素使三叉神经脱髓鞘而产生异位冲动或伪突触传递所致。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.风寒型。

主证：发作性剧痛多以前额及眉棱骨周围为甚。患处有冷麻木感，甚则患处肌肉抽搐，伴有恶寒，身倦乏力，口计，清涎多，纳呆，舌质淡，苔白或腻，脉细缓。

治法：温经散寒，祛风镇痛。

方药：吴茱萸汤合麻黄附子细辛汤加减。

吴茱萸 15 克，熟附子 9 克，细辛 9 克，蔓荆子 18 克。川芎 15 克，白芷 15 克，荆芥 12 克，防风 12 克，甘草 12 克。水煎服，每日 1 剂。

方解：本方以吴茱萸、熟附子、细辛以温经散寒；荆芥、防风疏风散寒；川芎、白芷、蔓荆子以祛风镇痛。

加减法：恶寒重无汗出加麻黄 9 克；风痰盛面肌抽搐去荆芥、防风，加法半夏 12 克、胆南星 12 克、天麻 15 克、全蝎 9 克；血虚加当归 12 克以养血祛风；痛剧去熟附子加制川乌 9 克、延胡索 12 克。

2.风火上炎型。

主证：本证多见于面颊、上、下颌部阵发性电击样剧痛，患处如火灼样，或有齿龈肿胀，痛甚有面肌抽搐。伴有面红目赤、流泪，口于口苦，烦渴引饮，尿黄、大便秘结，舌质红，黄苔，脉弦数有力。

治法：清热泻火，祛风镇痛。

方药：龙胆泻肝汤或石膏汤加减。

龙胆草 15 克，生石膏 30 克，栀子 15 克，黄连 9 克，黄芩 15 克，川芎 15 克，白芷 15 克，细辛 9 克，延胡索 15 克。水煎服，每日 1 剂。

方解：本方以龙胆草和生石膏清热泻火，若肝胆火热炽盛者以龙胆草为主药，若胃火炽盛者则以生石膏为主药，黄连、黄芩、栀子清热解毒，川芎、白芷、细辛、延胡索以祛祛风镇痛。

加减法：痛甚面肌抽搐者加羚羊角骨 18 克、地龙 12 克以清热镇痛；齿龈肿胀者加牡丹皮 10 克、蜂房 12 克、牛膝 18 克；大便秘结加大黄 9 克。

3.瘀血痹阻型。

主证：本证可由上二证反复发作，日久不愈而进一步发展，且疼痛部位固定不移，持续发作时间长，常常以夜间痛剧如锥刺，伴有面色暗晦，形瘦纳呆，舌质暗红或有瘀斑，脉细或细涩。

治法：活血通络，祛风镇痛。

方药：血腑逐瘀汤加减。

川芎 15 克，赤芍 15 克，桃仁 12 克，川红花 12 克，丹参 20 克，当归 9 克，制川乌 12 克，延胡索 15 克，全蝎 9 克，蜈蚣 2 条。水煎服，每日 1 剂。

方解：本方以川芎、赤芍、红花、桃仁以活血通络；丹参、当归补血和血；制川乌、延胡索以镇痛；全蝎、蜈蚣入络搜风镇痛。

加减法：血虚者重用当归 20 克加鸡血藤 30 克、何首乌 30 克；气虚者加党参 30 克、白术 30 克；面肌抽搐者加天麻 15 克；风痰加白芥子 12 克、法半夏 12 克。

（二）中成药治疗。

在上述辩证治疗的同时，可选用如下中成药配合治疗。

1.口服中成药制剂 :风寒型三叉神经痛者可选用太极通天口服液 1 支(10 毫升），日 3 次，或川芎嗪片 2 片，日 3 次。风火上炎型三叉神经痛者可选用七叶神安片 1—2 片，日 3 次，新癀片 2—4 片，日 3 次。面肌抽搐可用珍珠末或珍珠层粉 1 支，日 3 次。瘀血痹阻型三叉神经痛可选用野木瓜片 2—4 片，日 3 次，川芎嗪片 2 片，日 3 次。对于风寒型和血痹型三叉神经痛伴有面肌抽搐者可选用本院制之益脑安片 2—4 片，日 3 次。

2.注射液制剂：三叉神经痛可随证分别选用如下注射液制剂配合治疗。（1）野木瓜注射液 2—4 毫升，肌肉注射，日 1—2 次。（2）当归 I 号、II

号注射液各 2 毫升：肌肉注射，每日 1—2 次。（3）川芎嗪注射液 120 毫克加入 5%葡萄糖 500 毫升，静脉滴注，每日 1 次，10 天为一疗程。

二、西医治疗

三叉神经痛治疗的关键在于以止痛为目的，先用药物治疗，无效时可用神经阻滞或手术治疗。

1.药物治疗：（1）卡马西平为首选药物，开始量 0.1 克，每日 2 次，以后每天增加 0.1 克，直到疼痛停止后，逐渐减量，找出最小有效量维持，一般为 0.6—0.8/日，约 70%病例有效。如用大坚量 72 小时无效则不必再试，用药时注意本药的副作用，如眩晕、思睡、恶心呕吐，行走不稳，但多在数天后消失，如有皮疹、白细胞减少，即需停药。（2）苯妥英钠：开始用 0.1 克，每日 3 次，数日后效果不够理想可增加到每日 0.6 克，约半数有效。临床有卡马西平合并苯妥英钠治疗比单独使用效果较好者。（3）在使用以上两药无效，可用氯硝安定 6—8 毫克/日。

2.药物治疗无效者，疼痛限于上颌支者可用周围支注射纯酒精或神经切断术。疼痛位于第一、三支或多支者。则用经皮三叉神经节射频热凝疗法或经皮三叉神经节甘油注射。年轻体健者尚可考虑用微血管减压术或三叉神经根切除木。

（黄培新）

第四节多发性神经炎

多发性神经炎是指各种不同病因引起的全身多数周围神经的对称性损害，又称周围神经炎、末梢神经炎。

多发性神经炎在中医临床中属“痿证”、“麻木”范畴。

多发性神经炎临床重要表现有四肢远端对称性疼痛或感觉异常，如刺痛、烧灼痛、蚁行感、电灼感等；肌肉松驰无力，严重者可出现肌肉萎缩；部分病人有皮肤发凉，光滑菲薄或干燥起裂，指、趾甲松脆，出汗过多或无汗等。

体征：四肢远端呈手套、袜子型分布的感觉障碍，下运动神经元瘫痪和营养障碍。

临床诊断依据重要根据对称性的四肢远端感觉，运动障碍及营养障碍和腱反射消失，诊断可无困难。应注意各种病因引起的多发性神经炎的临床特征及实验室检查，在病史询问时应注意有否全身性疾病、代谢障碍、化学物品接触或服药史等。

中医学认为多发性神经炎病位在经络，与脾、肝、肾关系密切。脾主运化，饮食劳倦，损伤脾胃，脾虚不运，水湿内停，湿郁成痰，阻滞经脉，四肢失养，则肢体软弱无力，麻木不仁；肝主筋为藏血之脏，肾主骨乃藏精之所，先天不足或房劳过度，可致肝肾精血亏虚，筋骨经脉失养，则肢痿无力或拘急疼痛；病久体弱，气血亏虚，血行不畅，瘀停经脉，营阴夫常，卫气失温，则四肢麻木，疼痛。

西医认为引起本病的原因很多，主要有感染（如麻风、布氏杆菌病），化学因素（如吱哺类药物、磺胺类药物、有机磷农药类等），代谢及内分泌障碍（如糖尿病、尿毒症、甲状腺功能减退、肢端肥大症、各种原因引起的恶病状等）。营养障碍（如脚气病、慢性酒精中毒等），结缔组织疾病（如

系统性红斑狼疮、结节病、类风湿性关节炎等）以及其他疾病（如肿瘤）。

［治疗］

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.脾虚痰湿。

主证：四肢困重麻木，或手足痿软无力，甚则肌肉萎缩，兼见颜面虚浮少泽，胸腔痞闷，腹胀纳呆，便溏，舌淡边有齿印，苔白。

治法：益气健脾，化痰燥湿。

方药：陈夏六君汤加味。

党参 30 克，白术 15 克，苍术 15 克，茯苓 20 克，甘草 6 克，木瓜 15 克，陈皮 6 克，法半夏 12 克，薏苡仁 30 克，萆薢 15 克。

方解：本方以党参、白术、茯苓、甘草健脾益气；苍术、陈皮、法半夏燥湿化痰；薏苡仁、萆薢、木爪利湿通络。诸药合用，共奏益气健脾、化痰燥湿之功。

加减法：麻木不减者，去陈皮，加牛膝 18 克、豨莶草 18 克；足附浮肿者，加黄芪 30 克、防己 15 克。

2.肝肾阴虚。

主证：手足痛如针刺，犹如火燎电的，或四肢麻木无力以致瘫痪，皮肤粗糙有裂，指甲干脆，甚则四肢末端变形，挛急、兼见头晕耳鸣，腰膝痠软，遗精滑泄，舌淡红，少苔，脉沉细或细数。

治法：滋朴肝肾，强筋壮骨。

方法：强筋健步丸。

黄柏 12 克，知母 12 克，熟地黄 30 克，白芍 20 克，牛膝 18 克，杜仲 15 克，桑寄生 15 克，续断 15 克，鸡血藤 30 克。

方解：本方以熟地黄、白芍、桑寄生、鸡血藤养血填精；牛膝、杜仲、续断补肝肾，壮筋骨；黄柏、知母滋阴清热。诸药合用，共奏滋补肝肾、强筋壮骨之功。

加减法：足热枯萎，加龟板 18 克（先煎），鳖甲 18 克（先煎）；久病阴损及阳，阴阳俱虚，见神疲，怯冷，面白，舌红，脉沉细无力，加巴戟天 15 克、熟附子 15 克、淫羊藿 15 克；四肢关节拘急，变型，加全蝎 9 克、䗪虫 9 克、蜈蚣 3 条。

3.气血亏虚，瘀阻脉络。

主证：手足麻木，刺痛，如有蚁行虫走，或渐渐手足下垂，痿痿不用，肌肤苍白，干燥无汗，兼见神疲无力，头晕心悸，失眠，舌淡暗或有瘀斑，脉沉细涩。

治法：益气和营，活血通络。

方药：黄芪桂枝五物汤加味。

黄芪 45 克，桂枝 12 克，白芍 20 克，当归 12 克，鸡血藤 30 克，丹参 20 克，生姜 15 克，大枣 15 克，党参 30 克。

方解：本方以黄芪、党参益气；白芍、当归、鸡血藤、丹参、大枣以养血和营兼活血；桂枝、生姜温经通络。诸药合用，共奏益气养营，活血通络之功。

加减法：手足麻木明显，加穿山甲 18 克（先煎）、木瓜 15 克，以通络行瘀；血虚甚，加何首乌 30 克、川芎 12 克；畏寒肢冷加细辛 5 克、制川乌

12 克。

典型病例：

徐××，女，45 岁，工人。胃大部分切除术后出现四肢未端麻木，冷感 3 个月，形体消瘦，伴头晕，心悸，纳差，畏寒，舌淡暗有瘀斑，苔白，脉沉细涩。体查四肢远端呈对称性手套，袜套样浅感觉障碍。本证属气血亏虚，瘀阻脉络型，治以益气和营，活血通络。处方：黄芪 45 克，党参 20 克，桂枝 12 克，白芍 20 克，当归 12 克，鸡血藤 30 克，丹参 20 克、细辛 5 克，制川乌 12 克，川芎 12 克，大枣 15 克，干姜 6 克。连服 28 剂，症状消失。

二、西医治疗

（一）病因治疗。

针对不同病因，采取相应措施。中毒所致者应及时阻止毒物继续进入体内，并使用解毒剂；由药物所致者一般应立即停用；由感染所致者应积极治疗感染；由某种营养等缺乏或代谢障碍所致者，应作相应的病因治疗；变态反应及结缔组织疾病所致者可使用激素治疗。

（二）一般治疗。

1.维生素 B1100 毫克，B125oo 微克肌注，每日 1 次。

2.辅酶 A100 单位、ATP40 毫克加入 5%葡萄糖 250 毫升，静脉滴注，每日 1 次。

3.康络素 2 毫升肌注，每日 1 次，3 周为一疗程。

4.地巴唑 10 毫克口服，每日 3 次。

（三）护理。

四肢瘫痪应定时翻身，肢体应置于功能位置，有手、足下垂者应夹板或支架，以防止肢体挛缩和畸形发生。

（黄燕）

第五节急性感染性多发性神经炎

急性感染性多发性神经炎又称格林——巴利综合征，是一种主要损害多数脊神经根及神经末梢，常累及颅神经的急性或亚急性疾病。

急性感染性多发性神经炎在中医临床中属“痿证”范畴。

急性感染性多发性神经炎主要临床表现有四肢对称性无力，弛缓性瘫痪，感觉异常（疼痛、麻木、蚁行感），可伴有面瘫，构音障碍，吞咽困难，呼吸无力等。

本病诊断依据是根据病前 1—3 周有感染史，急性或亚急性起病，四肢对称性弛缓性瘫痪，及周围性感觉障碍，颅神经损害，脑脊液蛋白——细胞分离现象。

中医学认为，本病病因为湿热，病变部位在经络，与肝肾关系密切。外感湿热之邪，湿热浸淫，经脉壅塞，气血不能达于肢端则四肢麻木，气血无以濡养四肢，则四肢软弱无力。肝主筋为藏血之脏，肾主骨乃藏精之所，邪热伤津耗液，肝肾精血不足，筋骨经脉失养，致肢痿无力。病久体虚，正气亏损，气虚血行不畅，瘀血内停，四肢失养则瘦痿不用。

西医对本病病因尚未十分清楚，一般认为与病毒感染或自身免疫反应有关。病理变化属于周围神经变态反应性节段性脱髓鞘，神经组织内的毛细血管周围有单核细胞浸润，神经内膜间隔水肿，神经纤维有节段性脱髓鞘和髓

鞘再生。

［治疗］

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.湿热浸淫。

主证：腹泻或热病后突然出现四肢肌肉软弱无力，甚或瘫痪，手足麻木不仁，疼痛或伴口眼歪斜，吞咽困难，胸腹束带感。兼见口干苦而粘，脘闷纳呆，泛恶欲呕，小便赤涩热痛，舌红苔黄腻，脉濡数或滑数。

治法：清热利湿，通经活络。

方药：二妙散加味。

苍术 12 克，黄柏 10 克，防己 15 克，萆薢 15 克，牛膝 15 克，秦艽 18 克，豨莶草 30 克，野木瓜 15 克，毛冬青 30 克，全蝎 9 克。

方解：本方以黄柏清热；苍术燥湿；防己、萆薢导湿热从小便而出；牛膝、秦艽、野木爪、豨莶草利湿通络；毛冬青、全蝎活血通络。诸药合用，共奏清热利湿、通经活络之功。

加减法：邪热偏盛，心烦、口苦、尿赤，加栀子、黄芩清热泻火；咳喘，痰黄稠难咯，加桑白皮、爪蒌皮、浙贝母清热化痰；胸脘痞闷，纳差，加厚朴、枳壳理气化湿；口眼歪斜者加石菖蒲、蜈蚣、白僵蚕涤痰通络；肢体疼痛，加鸡血藤、丹参、延胡索活血通络止痛；大便秘结，加虎杖、大黄泻热通便。

典型病例：

李××，男，19 岁，海丰县农民。患者 18 天前外出淋雨后出现咽痒、咳嗽、发热、自服“感冒通”后热退，咳减。3 天前突然出现双下肢无力，逐渐加重，并觉四肢远端如蚁行感，口干欲饮，腹胀纳差，小便黄，大便烂，舌红苔黄腻，脉滑。体查神清，双上肢握力稍差，双下肢肌力III。肌张力减弱，四肢远端痛触觉轻度减退，腱反射减弱，未引出病理神经反射。脑脊液压力正常，细胞数为 0.蛋白 1.2g/L。本病符合急性感染性多发性神经炎的诊断，属湿热浸淫型，拟二妙散加味治疗，处方：苍术 12 克、黄柏 10 克、防己 15 克、牛膝 15 克、秦艽 18 克、豨莶草 30 克、野木瓜 15 克、毛冬青 30 克、全蝎 9 克、茵陈蒿 18 克、茯苓 20 克，连服 3 日，病情稳定开始好转。

2.肝肾不足，瘀阻脉络。

主证：四肢肌肉萎缩，无力，活动不灵，肌肤麻木不仁，兼见头晕耳鸣、眼花、腰膝痠软，或遗精滑泄，舌淡暗红有瘀斑，脉细或涩。

治法：补益肝肾，祛瘀通络。

方药：独活寄生汤加减。

独活 15 克，桑寄生 15 克，牛膝 15 克，杜仲 15 克，续断 15 克，鸡血藤 30 克，当归 9 克，丹参 30 克，穿山甲 18 克（先煎），䗪虫 9 克。

方解：本方以桑寄生、当归、鸡血藤养血填精；牛膝、杜仲、续断补肝肾，强筋骨；独活祛风通络；丹参、穿山甲、魔虫养血活血，化瘀通络。诸药合用，达补益肝肾、祛瘀通络之功。

加减法：气短、纳差、便溏者去当归，加黄芪、党参、茯苓健脾益气；肢体疼痛加乳香、没药活血止痛；久病阴损及阳，见神倦怯寒、面白、脉沉细无力，加用巴戟天、熟附子、淫羊藿温阳补肾。

（二）中成药治疗。

1.静脉滴注：常用脉络宁注射液、盐酸川芎嗪注射液。

（1）脉络宁注射液，40—60 毫升加入 5%—10%葡萄糖 500 毫升静脉滴注，每日 1 次，15 天为一疗程，适用于本病湿热浸淫型。

（2）盐酸川芎嗪注射液：120 毫克加入 5%—10%葡萄糖 500 毫升静脉滴注，每日 1 次，15 天为一疗程，适用于本病肝肾不足，瘀阻脉络型。

2.肌肉注射：常用当归Ⅰ号，当归Ⅱ号注射液。

用法：当归Ⅰ号与当归Ⅱ号各 2 毫升混合后肌肉注射，每日 1 次，15 天为一疗程，适用于本病肝肾不足，瘀阻脉络型。

二、西医治疗

（一）急性期。

1.对症支持疗法。

（1）本病的主要危险是呼吸麻痹，需经常保持呼吸道通畅，定期翻身拍背，使呼吸道分泌物及时排出，并预防肺不张及呼吸道感染。若呼吸肌麻痹不能进行有效呼吸时，可采用人工呼吸机辅助呼吸。

（2）延髓麻痹者宜及早插管鼻饲，进食时及进食后 30 分钟应取坐位，以免误人气管而致窒息或感染。

2.肾上腺皮质激素。

轻症可口服强的松，每次 10—30 毫克，每日 3—4 次。重症予地塞米松 10—15 毫克或氢化可的松 200—300 毫克静脉滴注，每日 1 次，治疗有效者在数日内病情即停止进展或开始好转。激素有效剂量应持续 10—14 天，视病情好转逐渐减量，以后改为口服强的松维持量。激素治疗的期限一般为 1 个月左右。

3.免疫抑制剂。

对激素治疗无效者，有人提出免疫抑制剂，如硫唑嘌呤，每次 25—50 毫克，每日 2—3 次，但疗效尚未肯定。

4.营养神经药物。

可选用下列药物，以促进神经再生及机能的恢复。

（1）维生素 B1100 毫克、B12500 微克肌肉注射，每日 1 次；或维生素 B120 毫克、B620 毫克口服，每日 3—

4 次。

（2）ATP40—60 毫克，辅酶 A100 单位，肌苷 0.2—0.4 克加入 5%葡萄糖 500 毫升，静脉滴注，每日 1 次。

（3）地巴唑 10 毫克口服，每日 3 次。

5.血浆交换疗法。

对已出现呼吸肌麻痹而施行辅助呼吸和免疫功能低下者，且已合并感染，激素不宜应用，血浆交换疗法可有效果。

（二）恢复期。

采用按摩，理疗，主动及被动运动促肢体功能恢复。

（黄燕）

第六节坐骨神经痛

坐骨神经由腰 4—骶 3 神经根组成，经臀部沿股后及小腿后侧至足外侧。坐骨神经痛是指坐骨神经通路及其分布区的疼痛综合征。根据病变部位，临

床上分为根性坐骨神经痛和干性坐骨神经痛两类。

坐骨神经痛属于中医之“腰痛”、”腰腿痛”、“痹证”范畴。

本症好发于成年人，以青壮年多见，多单侧患病。其主要临床表现：疼痛位于腰部、臀部并向股后及小腿后外侧、足外侧放射，疼痛性质呈钝痛、刺痛、灼热等。行走、活动及牵拉可使疼痛加剧。检查患肢沿坐骨神经行程有压痛，直腿抬高试验（即拉塞格氏征）阳性（病人仰卧，双下肢伸直，检查者将病人一侧下肢抬起，使髋关节屈曲，膝关节伸直，在 70 度范围内出现疼痛加剧为阳性）。根性坐骨神经痛者，咳嗽、喷嚏和屏气用力时疼痛加剧，腰椎棘突和横突可有压痛，而坐骨神经行程压痛较轻，可有根性分布区的感觉减退，踝反射减弱，颏胸试验阳性（病人仰卧、检查者将病人头颈被动前屈，使下颊触及胸壁，激发或下肢疼痛）；于性坐骨神经痛者，压痛以臀部以下坐骨神经通路最明显，一般无腰椎旁压痛，颏胸试验阴性。

坐骨神经痛的诊断依据是根据疼痛的分布，加剧的因素，压痛的部位以及直腿抬高试验，感觉减退和踝反射减弱等特点，诊断并不难。为了明确坐骨神经痛的病因，应详细询问病史，检查时应注意脊柱、骶髋关节及骨盆器官等情况，必要时可进行腰穿脑脊液检查、X 线照片、椎管造影、CT 或 MR 等检查。

中医认为坐骨神经痛的病位在腰脊及腿足筋脉，与肝肾二脏相关。盖腰为肾之腑，肝主筋，平素气血虚弱，肝肾亏虚，加之劳累过度或外感寒、湿之邪导致寒湿闭阻经脉，表现为腰脊疼痛、牵引腿足，或感受湿热之邪、湿热壅滞，经气不通，筋脉弛缓，或劳力太过，外伤内挫，致气滞血瘀，气血不能通畅而疼痛。本病为筋脉病变，以气血虚弱、肝肾亏虚为本，外感寒湿、湿热之邪和外伤瘀阻为标，凡久行、久坐、久立或劳力太过均能造成腰腿疼痛加剧。

西医认为本病大多数继发于局部病变，根据病变部位，坐骨神经痛分为根性和干性坐骨神经痛两类。其主要病因是：根性者常继发于椎管内疾患如脊椎和马尾的炎症、肿瘤、外伤、血管畸形，和脊柱疾患如腰椎间盘突出、腰脊骨关节病、腰椎炎症、结核、肿瘤、椎管狭窄、脊柱裂等；干性者继发于骨盆及盆腔疾患如骶髋关节病、炎症、结核、脱位、骨盆炎症和肿瘤。盆腔内子宫附件炎及肿瘤、妊娠子宫压迫等。临床所见，根性坐骨神经痛远较干性者多见，其中以腰椎间盘突出引起的坐骨神经痛最常见。

[治疗]

一、中医治疗。

（一）分型治疗。

1.寒湿型。

主证：腰脊冷痛，牵引腿足，得热痛减，遇寒或劳累则痛增，腿足关节屈伸不利，伴有口淡、纳差、便溏、尿清长，舌质淡或淡红，脉弦缓。

治法：补气血、益肝肾、温经通络止痛。

方药：独活寄生汤加减。

独活 12 克，桑寄生 15 克，秦艽 18 克，当归 12 克，黄芪 30 克，杜仲 18 克，巴戟天 18 克，牛膝 18 克，制川乌 12 克，细辛 5 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中以黄芪、当归补气血；桑寄生、杜仲、巴戟天、牛膝益肝肾、壮腰膝；独活、秦艽、细辛、制川乌以温经散寒通络止痛。

加减法：腿足关节屈伸不利加木爪 18 克、鸡血藤 30 克；夜尿多、腰膝冷痛加淫羊藿 15 克、狗脊 18 克；纳差便溏者去秦艽加砂仁 6 克、党参 30 克。

2.湿热型。

主证：腰腿灼热疼痛，兼有发热、口干渴，便秘、尿黄赤、舌质红，黄苔或黄腻苔，脉弦数。

治法：清热利湿，舒筋通络止痛。

方药：四妙散加减。

苍术 12 克，黄柏 15 克，薏苡仁 30 克，牛膝 18 克，防己 12 克，桑枝 30 克，豨莶草 18 克，宽筋藤 30 克，海风藤 30 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方中以四妙散（苍术、黄柏、薏苡仁、牛膝）清热利湿；防己、桑枝、豨莶草，宽筋藤及海风藤以清热舒筋通络止痛。

加减法：热盛者加生石膏 30 克（先煎），柴胡 15 克；腿足拘急加羚羊骨 18 克（先煎）、地龙干 12 克、白芍 30 克；便秘加虎杖 30 克；痛剧加七叶莲 20 克、威灵仙 12 克。

3.瘀血型。

主证：本症多有外伤闪挫或劳力太过病史，腰腿刺痛，不能转侧，痛处拒按，舌质淡红或有瘀点，脉弦紧或细涩。

治法：活血通络，理气止痛。

方药：身痛逐瘀汤加减。

独活 12 克，秦艽 18 克，川芎 15 克，红花 12 克，䗪虫 9 克，乳香 9 克，当归 12 克，牛膝 18 克，透骨消 15 克，小茴香 6 克，砂仁 6 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中以川芎、红花、䗪虫、乳香、当归活血化瘀；独活、秦艽、透骨消以祛风通络；牛膝以壮腰膝；茴香、砂仁以理气止痛。

加减法：腰腿乏力加千斤拔 30 克；肾虚加狗脊 18 克、续断 15 克；痛剧加没药 12 克以增强行气活血止痛。

（二）中成药治疗。

1.对寒湿型：坐骨神经痛可选用如下中成药治疗。

（1）静脉滴注：选用川芎嗪注射液 120 毫克加入 5%葡萄糖 500 毫升，静脉滴注，每日 1 次，10 天为一疗程。

（2）肌肉注射：选用当归注射液 I 号、II 号各 2 毫升，肌注，每日 1 次。

（3）口服中成药：可选用三蛇胆追风丸每次 10 粒，每日 3 次；壮骨关节丸每次 6 克，每日 3 次；追风透骨丸 6 克，每日 3 次。

2.湿热型之坐骨神经痛可选用如下中成药。

（1）静脉滴注：选用脉络宁注射液 20 毫升加入 5%葡萄糖液 500 毫升静脉滴注，日 1 次，10 天为一疗程。

（2）口服中成药：可选用七叶神安 1—2 片，日 3 次；新癀片 2 片，日 3 次。

3.瘀血型之坐骨神经痛可选用如下中成药。

（1）静脉滴注：选用血栓通注射液 4—6 毫升加入 5%葡萄糖液 500 毫升，静脉滴注，日 1 次，10 天为一疗程，亦可选用川芎嗪注射液（同上）。

（2）肌肉注射：选用野木瓜注射液 2—4 毫升，肌注，日 1—2 次。

（3）口服中成药：选用小活络丸 6 克，日 3 次；野木瓜片 2 片，日 3 次。

二、西医治疗

首先应针对病因治疗。坐骨神经痛的急性期应卧床休息，腰椎间盘突出的急性期宜卧硬板床休息。同时使用镇静止痛剂：如去痛片 1 片，日 3 次，或卡马西平 0.1—0.2 克，口 3 次；激索治疗可以控制炎症，缓解症状，可选用口服强的松 5—10 毫克，日 3—4 次，用药 7 天后逐步减量至停用。也可用 1%—2%普鲁卡因或加强地松龙各 1 毫升作椎旁封闭。神经营养药可选用口服维生素 B120 毫克，日 3 次，维生素 B620 毫克，日 3 次，或用维生素 B1100 毫克加维生素 B12500 微克，肌肉注射，日 1 次。此外可配合理疗、推拿及按摩有时可有帮助。腰推间盘突出者经保守治疗无效或慢性复发病例，可考虑手术治疗。

（黄培新）

第七节急性脊髓炎

急性脊髓炎是指非待异性局限于数个节段的急性横贯性脊髓炎。

急性脊髓炎在中医临床中属于“痿证”。“痿躄”或“瘫痪”范围。

急性脊髓炎主要的临床表现是急性起病，病变以下出现截瘫，感觉缺失，括约肌功能障碍；多发生在青壮年，病前数夭或 1—2 周常有上呼吸道感染症状，受凉、过劳、外伤等为发病诱因。首发症状为双下肢麻木，无力，病变相应部位背痛和束带感，多在几天内发展至高峰；少数起病急骤。瘫痪由下肢迅速发展至上肢甚至延髓支配的肌群，表现为吞咽困难，言语不清，呼吸困难而死亡。

体征：瘫痪肢体肌力下降或完全瘫痪，肌张力减低，深浅感觉减退或消失，腱反射减弱或消失，病理反射引不出。称之为“脊髓休克期”，一般持续 2—4 周，大小便储留，损害平面以下皮肤干燥，脱屑，指甲松脆，无汗或少汗。

临床诊断依据是急性起病，病前有感染史或疫苗接种史，迅速出现脊髓横贯性损害，腰穿脑脊液压力不高，白细胞数正常或增高，蛋白正常或增高，糖和氯化物含量正常即可诊断。

中医认为急性脊髓炎病位在肺，与肝脾肾三脏有关。病因为热伤肺津或湿热浸淫。热伤肺津，津液失于布输，水涸不能濡养筋骨；脾主肌肉，湿热困脾，脾气热而胃干渴，肌肉不仁；肝主筋，肝阴耗伤则四肢不为所用，筋脉拘挛；肾藏精，精血互生，精虚不能灌溉四末，血虚不能濡养筋骨，使宗筋纵而不能束筋骨，利关节，肢体倭软无力。另外，瘀血阻于经脉，气血运行不畅，肢体失于濡养，痿弱无力也是其病机之一。

西医认为本病病因未明，可能因病毒感染或疫苗接种后引起自身免疫反应，或其他中毒、过敏等原因所引起的脊髓急性炎症。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.肺热伤阴。

主证：发热，口干口苦，或咽痛，咳嗽，突发腰以下肢体痿弱不用，麻

木不仁，大便干结，小便短赤，舌质红，苔薄黄，脉细数。

治法：清热养阴，润燥生津。

方药：清燥救肺汤加减。

桑叶 10 克，淡竹叶 9 克，知母 12 克，芦根 30 克，太子参 30 克，麦冬 12 克，沙参 15 克，生地 15 克，北杏 12 克，黄芩 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以桑叶、淡竹叶、知母、芦根清热养阴。太子参、麦冬、沙参、生地润燥生津。北杏宣通肺气，黄芩清肺热。

加减法：高热加生石膏 30 克（先煎）、金银花 15 克、连翘 15 克。咽痛加岗梅根 30 克、牛蒡子 15 克；咳嗽加桔梗 10 克、川贝母 10 克；腰背痛加郁金 15 克、川芎 10 克、延胡索 15 克。

2.湿热浸淫。

主证：身热不扬，肢体困重，下肢痿软，麻木不仁，伴胸脘痞闷，小便黄赤，舌红，苔黄腻，脉濡数。

治法：清热利湿，通利经脉。

方药：四妙丸加减。

黄柏 15 克，薏苡仁 30 克，苍术 10 克，牛膝 18 克，防己 15 克，益母草 30 克，虎仗 15 克，木瓜 15 克，秦艽 15 克，桑枝 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以黄柏、薏苡仁、虎杖、防己、益母草清热利湿；苍术燥湿；牛膝引药下行；木瓜、秦艽、桑枝通利经脉。

加减法：湿重纳差加藿香 10 克、佩兰 10 克；胸脘痞闷加瓜蒌 15 克、枳壳 12 克；小便涩痛加滑石 30 克、竹叶 10 克；伴肢体麻木、舌暗瘀点，加毛冬青 30 克、赤芍 15 克、桃仁 15 克。

3.脾肾两虚。

主证：肢体痿软无力，肌肉消瘦，松弛，面浮无华，神疲，乏力，纳少，腹胀，便溏，或小便自遗，舌质淡胖，苔薄白，脉沉细。

治法：健脾益气，补肾生髓。

方药：益髓起痿汤。

黄芪 45 克，党参 30 克，白术 15 克，山药 15 克，杜仲 15 克，牛膝 18 克，何首乌 30 克，肉苁蓉 15 克，紫河车 6 屯（研末冲服），鹿角霜 10 克，木香 9 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以黄芪、党参、白术，山药健脾益气；杜仲、牛膝、何首乌、肉苁蓉、紫河车、鹿角霜补肾生髓；木香行气，使补而不滞。

加减法：阳虚明显加熟附子 15 克、肉桂 3 克（焗服）；血虚者加鸡血藤 30 克、当归 10 克、龙眼肉 15 克；遗尿加益智仁 15 克、金樱子 15 克。

4.肝肾阴虚。

主证：双下肢拘急痉挛，形体消瘦，皮肤干燥，腰瘘胀，眼花，头晕，耳鸣，遗尿，舌质红，少苔，脉细数。

治法：补益肝肾，舒筋活络。

方药：舒筋活络汤（自拟方）。

山茱萸 18 克，何首乌 30 克，龟板 15 克（先煎），熟地黄 15 克，黄精 10 克，白芍 18 克，鸡血藤 30 克，白花蛇 15 克，桑寄生 15 克，牛膝 18 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以山茱萸、首乌、龟板、熟地黄补益肝肾；黄精、白芍、鸡血藤滋阴养血柔筋；白花蛇取皮，桑寄生、牛膝舒筋活络。

加减法：如阴阳两虚，加仙灵脾 15 克、巴朝天 15 克、补骨脂 15 克；气虚者加黄芪 30 克、党参 30 克；血瘀加川芎 10 克、毛冬青 30 克、桃仁 15 克；遗尿加益智仁 15 克、金樱子 15 克。

（二）针灸疗法。

体针主要选取阳明经为主。

取穴：上肢取穴宜选用肩贞、肩髃、曲池、手三里，合谷。下肢取穴宜选用伏兔、髀关、梁丘、足三里、血海、阳陵泉。

操作：每日 1 次，取上下肢穴位各 3—4 穴为一组，交替进行，因早期多属实证，故针法多用泻法。后期多虚证，针法宜用补法。

（三）推拿按摩。

达到调和气血，疏通经脉，舒筋活络之功。

（四〕体疗。

促进瘫痪肢体之功能恢复。

二、西医治疗

（一）急性期。

①糖皮质激素应用：地塞米松 10—15㎎ 或氢化可的松 100—200㎎ 静脉滴注，每日 1 次，7—10 天后如病情稳定，可逐渐减量，然后口服强的松，再逐渐减量。

②多种维生素：维生素 B1、B6、B12 肌肉注射，或康络素 2㎖，肌肉注射，每日 1 次，或九维他 1 支加入葡萄糖静脉滴注，每日 1 次。10 天为一疗程，利于神经功能恢复。

③防治肺部感染，泌尿系感染，可选用适当的抗生素。

④定期翻身防褥疮，保持瘫痪肢体功能位。

（二）恢复期。

主要是康复治疗，加强肢体功能锻炼，主要纠正足下垂，防止肢体痉挛，选用多功能神经肌肉治疗仪治疗。

（杜宝新）

第八节急性脑血管疾病

急件脑血管疾病是指由于各种血管性原因而引起的急性脑部血液循环障碍，以局灶性神经功能缺失为其特性的一组疾病。因其发病急骤，故又称脑血管意外、脑卒中、中风。

本病中医学见于”中风”、“击仆”、“风痱”、“风懿”、“厥证”，“真头痛”等病证之中，总属中医学“中风病”范畴。

本病临床表现特点：一是起病急骤，往往在瞬间、数分钟、数小时，至多 1—2 天内脑部损害症状即达到高峰；二是脑部受损症状的局灶性。表现为头痛头晕、意识障碍等全脑症状与偏瘫、失语等局灶症状。症状差异极大，决定于脑部受损血管的部位、大小、程度、侧支循环等因素。

本病诊断根据起病急骤，有局灶体征，结合病史、腰穿、颅脑 CT、MRI 检查以确诊。

本病中医学在唐宋以前，以内虚邪中立论；唐宋以后，多以内风立论。近代则以突然昏仆，不省人事，伴有口眼歪斜，语言不利，半身不遂或不经昏仆而喎僻不遂者称之为中风。责之于平素气血亏虚、心肝肾阴阳失调，风、

火、痰、虚、气、血等，在一定条件下互相影响、互相作用而突然病发。近年国内专家则总结为：“中风病是在气血内虚的基础上，遇劳倦内伤、忧思恼怒、嗜食厚味烟酒等诱因，进而引起脏腑阴阳失调，气血逆乱直冲犯脑，形成脑脉痹阻或血溢脑脉之外的基本病机，临床以突然昏仆、半身不遂、口舌歪斜、不语或言语蹇涩、偏身麻木为主证，并具有起病急、变化快、如风邪善行数变的特点，好发于中老年的一种常见病。”本病卒中暴厥，为闭为脱，易致阴阳离决，死亡率高；缓则脑脉痹阻，清阳之气失却舒展，瘫痪诸证难于康复而致残率高，调理治疗不当，亦易复中，故本病当以综合治疗为宜。

西医认为本病病因有血管壁、血流动力学、血液流变学、血液成分等诸多因素，而且往往是几个因素同时存在而发病。

本病仅就以常见的脑出血、蛛网膜下腔出血、动脉硬化脑梗塞、脑栓塞、混合性中风叙述如下：

脑出血

脑出血通常指非外伤性脑实质内动脉破裂出血。出血部位约 80%在大脑半球，20%在脑干和小脑。

本病属中医学“中风”、“厥证”等病证范畴。

本病临床主要表现为：急骤起病，常以几分钟至 1—2 小时脑受损症状即可达到高峰。由于缺氧、缺血、脑水肿、血肿压迫而出现头痛、呕吐、意识障碍、抽搐等全脑症状和失语、偏瘫、偏盲、偏侧感觉障碍等脑部局部神经功能缺失症状，重者可出现脑疝或合并消化道出血等。临床凡中年以上，在活动状态下突然起病，伴有脑部受损的局灶神经功能缺失和瘫痪者，结合有高血压病史或起病时血压明显升高，均应考虑本病的可能，颅脑 CT、MRl 检查即可确诊。

中医学认为，本病多由于平素脏腑阴阳失调，痰瘀隐伏与阻滞脑脉，加之恼怒等激发身中阳气之变动，阳化风动，血之与气，并走于上，直冲犯脑，脉破血溢，清窍被扰、被蒙，脑脉被阻，轻则头晕头痛，㖞僻不遂，重则昏仆不省人事，为闭为脱。当采用综合手段进行救治。

西医认为：脑出血约 70%—80%为高血压动脉硬化所致，其次为脑动脉瘤、脑血管畸形、脑瘤等。情绪激动、暴力等导致血压骤升而发病。

［治疗］

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.肝阳上亢。

主证：平素时有头晕或头痛、头胀、心烦易怒，急躁，时觉肢体麻痹，形体较壮实；在活动状态下突然头痛加剧，或伴呕吐，面色潮红，㖞僻不遂，甚则昏仆，不省人事，肢体强痉拘急，喉中痰多，鼻鼾气粗，大便秘结，舌质红，苔黄，脉弦紧。

治法：平肝涤痰，化瘀通腑。

方药：平肝通脉汤。

羚羊骨 15 克（先煎），钩藤 20 克，夏枯草 30 克，毛冬青 30 克，白芍 15 克，竹茹 15 克，大黄 9 克（后下），天竺黄 12 克，益母草 30 克，牛黄粉 2 克（冲服）。每日 1 剂。水煎服。

方解：方中羚羊骨、钩藤、夏枯草、白芍清热平肝；竹茹、天竺黄、牛

黄粉、大黄涤痰通腑；毛冬青、益母草活血化瘀；且大黄、益母草引经下行以制上亢之肝阳。诸药合用，共奏平肝涤痰，化瘀通腑之功。

加减法：肝火盛加龙胆草 15 克；发热加虎杖 30 克或知母 15 克、生石膏 30 克，并加服紫雪丹 1 支；痰盛加竹沥水 10 毫升；抽搐加地尤 13 克、全蝎 9 克或加服安脑丸 1 个；

昏迷灌服至宝丹 1 个或安宫牛黄丸 1 个；合并呕血，便血者加白及粉 2 克、三七粉 3 克冲服，加用紫珠草 30 克或加服紫地宁血散 1 支；由闭而脱急用参附汤扶正。

典型病例：

任××，男，68 岁，退休工人。于 1996 年 2 月 16 日入院。患者有高血压病史 10 年，平素性情较急躁。1 天前上午与家人争吵后突然觉左侧肢体乏力，麻木，头痛，烦躁不安而急诊入院。当时血压 25/14KPa，即做颅脑 CT 提示：“右基底节区出血并破入脑室。”入院后由烦躁不安转为嗜睡，左侧肢体乏力进行性加重（上下肢肌力 0 度），喉中痰鸣，大便秘结，舌红苔黄，脉弦数。此为肝阳上亢，风痰上逆，滞阻清窍。治以平肝熄风，涤痰化瘀通腑。拟平肝通脉汤加减。处方：羚羊骨 15 克（先煎）、钩藤 15 克，毛冬青 30 克，白芍 15 克，牛膝 18 克，竹茹 15 克，天竺黄 12 克，益母草 30 克，大黄 9 克（后下），人工牛黄粉 2 克（冲服）。并灌服安宫牛黄丸 1 个，连用 3 天，配合静脉滴注清开灵及中药灌肠，辅以西药抗感染、降压对症处理，3 天后患者神志转清，大便通，随后加用丹参 20 克、海藻 18 克、地龙 12 克，全蝎 9 克，治疗一月余，患者左侧肢休肌力恢复至Ⅳ级，可步行出院。

2.肝肾阴虚。

主证：平素头晕目眩，耳鸣耳聋，少寐多梦，形体较瘦弱，面色潮红，腰膝瘆软，肢麻，五心烦热；在活动状态下突然头昏头痛加剧，喎僻不遂，甚则神识不清，肢体抽搐，舌红少苔，脉弦细数。

治法：滋阴潜阳，熄风通络。

方药：滋阴通脉汤（自拟验方）。

龟板 30 克（先煎），生地黄 30 克，玄参 15 克，牛膝 15 克，石决明 30 克，益母草 30 克，海藻 18 克，全蝎 6 克，山茱萸 15 克，白芍 15 克。每日 1 剂、水煎服。

方解：方中龟板、生地黄、玄参、山茱萸滋阴；石决明、白芍平肝熄风潜阳；牛膝、益母草引血下行；海藻、全蝎涤痰熄风通络。诸药合用，共奏滋阴潜阳，熄风通络之功。

加减法：昏迷加安宫牛黄丸 1 个；痰热加牛黄粉 2 克冲服，竹沥水 10 毫升；烦躁不安加羚羊骨 18 克；抽搐加地龙 12 克、钩藤 15 克或羚羊骨 18 克（先煎）。

3.痰浊上扰。

主证：平素头晕头胀，胸脘胀满，恶心泛涎，神疲肢倦，面白唇暗；突然头晕头胀或头痛加剧，或恶心呕吐泛涎，伴喎僻不遂，舌淡暗红苔白腻，脉弦滑。

治法：健脾化浊，涤痰通络。

党参 30 克，茯苓 15 克，白术 15 克，天麻 12 克，法半夏 12 克，橘红 9 克，当归 12 克，竹茹 12 克，川芎 9 克，蜈蚣 3 条。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中党参、茯苓、白术健脾涤痰；法半厦、橘红、竹茹化浊；天

麻、蜈蚣搜风；当归、川芎活血通络。诸药合用，共奏健脾化浊，涤痰通络之功。

加减法：神昏加石菖蒲 9 克、胆南星 12 克或苏合香丸 1 个，胸闷、心悸加郁金 15 克、枳壳 12 克。

4.痰热腑实。

主证：平素过食肥甘厚味，头晕，心烦，失眠，口臭，突然头晕加剧，喎僻不遂，甚则神志不清，鼻鼾痰鸣，肢体强痉拘急，项强身热，大便秘结，舌红苔黄腻，脉弦滑数。

治法：通腑泄热。化痰醒脑。

方药：通腑醒神汤（自拟验方）。

大黄 9 克（后下），虎杖 30 克，枳实 12 克，黄芩 15 克，天竺黄 12 克，爪蒌仁 15 克，牛黄粉 2 克（冲服），牛膝 18 克，益母草 30 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中大黄、虎杖、枳实、黄芩通腑泄热；天竺黄、瓜篓仁、牛黄粉化痰醒脑；益母草、牛膝后血引经下行。诸药合用，共奏通腑泄热，化痰醒脑之功。

加减法：肝火盛、肢体强痉、抽搐加羚羊骨 15 克、钩藤 15 克，龙胆草 15 克、地龙 12 克；神志不清加安宫牛黄丸 1 个；肝阳上亢，头痛头胀目眩加石决明 30 克、夏枯草 15 克；痰涎壅盛加竹沥水 10 毫升、浙贝母 18 克。

（二）中成药治疗。

1.静脉给药。

（1）清开灵注射液 40～60ml 加入 5%～10%葡萄糖 500ml 静脉滴注，每日 1—2 次。适用于肝阳上亢，痰热腑实型中风证。

(2)毛冬青甲素注射剂 20mg 加入 5%—10%葡萄糖 500ml 及 5%碳酸氢钠 7ml，静脉滴注，每日 1—2 次。适用于肝阳上亢、痰热腑实、瘀血滞阻脉络之中风证。如并有糖尿病者，可将葡萄糖改为生理盐水。

（3）血塞通注射剂 200—400mg 加 25%—50%葡萄糖 40～60ml 静脉注射机加入 5%—10%葡萄糖 250—500 毫升静脉滴注，每日 1 次。适用于中风各种证型。

（4）丹参注射液或复方丹参注射液 20～40ml 加入 5%—10%葡萄糖 250～500ml 中静脉滴注，每日 1—2 次。适用于中风各种证型。

（5）脉络宁注射液 20～40ml 加入 5%—10%葡萄糖 500ml 中静脉滴注，每日 1 次。适用于肝阳上亢，肝肾阴虚、痰热腑实、瘀血痹阻脉络之中风证。

（6）盐酸川芎嗪注射液 80～120mg 加入 5%—10%葡萄糖 250～500ml 中静脉滴注，每日 1 次。适用于痰浊上扰型。

（7）血栓通注射液 4—6ml 加入 5%—10%葡萄糖 250～500ml 静脉滴注，每日 1—2 次。适用于中风各种证型。

(8)心脉灵注射液 20—40ml 加入 5%一 10%葡萄糖 250～500ml 静脉滴注，每日 1—2 次。适用于中风无气败脱，心神散乱之危证。

（9）参麦注射液 20ml 加入 50%葡萄糖 40ml 中静脉注射，或 40—60 毫升加入 10%葡萄糖 250ml 静脉滴注，每日 2 次。适用于中风之脱证，或由闭而脱，气阴俱伤的危急证。

(10)参附注射液 5～20ml 加入 50%葡萄糖 40ml 静脉注射,或 20～100ml 毫升加入 5%～10%葡萄糟别 500ml 静脉滴注。每日 1～2 次。适用于中风脱

证或由闭而脱，阳气暴脱之危急证。

以上各药可随证使用 1—2 种。

2.口服制剂。

(1) 清开灵口服液 10ml，每日 3—4 次，口服。适用于中风之肝阳上亢，痰热腑实证。

(2) 脑血康口服液 10ml，每日 3—4 次，口服。适用于各种证型的中风证。

(3) 西黄丸 3 克，每日 2 次，口服。适用于中风痰瘀闭阻清窍脉络之实证。

(4) 脑脉Ⅱ号口服液（本院制坚）10ml，每日 2—3 次，口服。适用于肝阳上亢，痰热腑实证。

(5) 通腑醒神口眼液（本院制坚）10ml，每日 2—3 次，口服。适用于中风闭证，痰热腑实证。

(6) 藻酸双脂钠片 50～100mg，每日 3 次，口服。适用于肝阳上亢、痰热腑实之中风证。

(7) 安脑丸 1—2 丸，每日 2 次，口服。适用于中风实热闭证、抽搐。

(8) 急性期并随证使用安宫牛黄丸、苏合香丸、紫雪丹、新雪丹、至宝丹。

（三）针灸疗法：详见有关针灸专著，但出血性中风的卒中暴厥期，笔者重视上病下取穴原则和一般情况下避免头部穴位的强刺激和灸法。

（四）灌肠疗法：通腑灌肠液（自拟验方）：大黄 15 克（后下），枳实 15 克，虎杖 30 克，益母草 30 克，煎水 150～200ml，保留灌肠，每日 1～2 次，适用于中风急性期之各种实证。

二、西医治疗

（一）降低颅内压、控制脑水肿，以防止脑庙形成。常用药物有：

1.50%葡萄糖 40～60ml 加入速尿 20～40mg，挣脉注射，6～8 小时 1 次。

2.20%甘露醇或 25%山梨醇 125—250ml，快速静滴，6～8 小时 1 次。

3.10%甘油 500ml，静脉滴注，每日 1 次。

4.地塞米松 10mg，加入脱水剂内静脉滴注。

应用脱水剂须注意水、电解质及酸碱平衡。

（二）改善脑缺氧：于吸氧。保持呼吸道通畅，随时吸除口腔分泌物或呕吐物。

（三）调整血压。

一般主张血压控制在 20.0～21.3/12.0～13.3kpa 为宜。收缩压超过 26.6kpa 时，可适当给予降压药物，常用利血平 0.5～1mg，肌肉注射。

（四）防治感染。

1.脑出血昏迷者，易合并呼吸系、泌尿系及褥疮感染。可预防性应用抗生素，常用青霉素 80 万单位，每日 2 次，肌注。

2.如已感染，应按细菌培养及药敏试验结果，合理选用抗生素治疗。

（五）手术治疗。

必要时配合颅骨钻孔作血肿穿刺吸除术或加用尿激酶进行血肿腔冲洗。血肿大时，予开颅血肿清除术。

（刘茂才黄燕）

蛛网膜下腔出血

蛛网膜下腔出血是指自发性非外伤性脑表面血管破裂，血液流入珠网膜下腔而言。

征病在中医学中属“头风”、“真头痛”、“中风”范畴。

本病主要临床表表现为：突然出现剧烈头痛，并多伴头早、呕吐、烦躁不安及脑膜刺激征。可在数分钟内症状发展洲高峰。严重程度取决于出血的部位及出血量。少量出血吉可仅类似一般感冒，出血量大时病人迅速进入昏迷，全身松驰，呼吸不规则，脉搏缓慢，基底动脉瘤破裂者可很快死本病诊断主要根据病者在活动状态下急性或亚急件起病，有剧烈头痛，伴有呕吐。脑膜刺激征，均匀的血性脑脊液，义颅 CT 示脑池、脑沟有高密度影，可确诊。

本病病因病机与脑出血基本相同，只是青壮年发病者，其脑脉本索奇异，局部气血瘀滞，其本未虚；中老年发病者，则本素脏腑阴阳失调，痰瘀隐伏与阻滞脑脉，其本已虚。其发病都因用力或恼怒等激发身中阳气变动，血气暴升，直冲犯脑而脑脉破裂，元神彼扰。轻则只有轻中度头痛，此属头风；头痛剧烈而无涡僻下遂者，则属真头痛；头痛而并有喎僻不遂者，则归属中风。重者可为闭为脱，阴阳离决而亡，或瘀阻脑脉，清阳之气不得舒展而痰浊内生，痰瘀交结，元神被蒙而出现呆证。本病病情复杂危重，当宜综合救治。

西医认为本病最常见的原因是颅内动脉瘤，其次为动脉硬化和血管畸形，其他尚有：颅内肿瘤、血液病、感染性疾病等。常因用力或情绪激动而诱发。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.肝阳暴亢。

主证：平素或有偏头痛或有周期性头痛，或有头晕，头胀，心烦易怒，可偏侧肢体麻痹，或身体壮实，在用力或激动等活动状态下突然剧烈头痛，伴呕吐，其痛在巅顶、后枕、项部或全头痛，面红目赤，烦躁不安，或谵妄，或肢体强痉拘急或昏迷不醒，大便秘结，小便黄赤，舌质红，苔黄，脉弦紧。

治法：平肝降火，凉血止血。

方药：平肝止血定痛汤（自拟验方）。

羚羊骨 18 克（先煎），天麻 12 克，龙胆草 13 克，大黄 12 克（后下），虎杖 30 克，水牛角 60 克（先煎），生地黄 30 克，竹茹 15 克，牡丹皮 12 克，蚤休 30 克，益母草 30 克，全蝎 6 克。每日 1 剂，水煎眼。

方解：方中羚羊骨、天麻、龙胆草清热平肝潜阳；龙胆草泻火，合大黄、虎杖清热泻火，通腑走下以降火；水牛角、生地黄、壮丹皮凉血止血；配以竹茹清热除烦止呕，利于止上逆妄行之血；蚤休、益母草、全蝎活血通络定痛，利于消除已溢于脉外之瘀血。诸药合用，以奏平肝降火，止血定痛之功。

加减法：痰热加牛黄粉 2 克冲服，浙贝母 18 克；发热加知母 15 克，生石膏 30 克，紫雪丹 1 支冲服；抽搐加安脑丸 1 个口服；昏迷加安宫牛黄丸 1 个口服；由闭而脱加服参附汤。

典型病例：

患者张×，女，16 岁，学生。身体健康，2 天前与人嬉戏时用力抛甩石块，骤感剧烈头痛，呕吐频繁，即送本院急诊，做腰穿及 CT 检查诊为”蛛网膜下腔出血”。后收入住院治疗。证见烦躁不安，呻吟不止，面红目赤，头

痛以后枕为甚，颈项强直，呕吐，大使秘结，小便黄，舌红苔黄，脉弦紧。本证属肝阳暴亢，拟平肝降火，凉血止血治疗。处方：羚羊骨 18 克（先煎），大麻 12 克，龙胆草 12 克，大黄 12 克（后下），虎杖 30 克，生地黄 30 克，竹茹 15 克，牡丹皮 12 克，益母草 30 克，牛膝 18 克，白茅根 30 克。水煎服，每日 1 剂。配合西药降颅压，止血。经治疗 3 天后呕吐止。头痛减轻，6 天后头痛大减，一个月诸症基本消失。

2.阴虚阳亢。

主证：平素头晕头痛，耳鸣，失眠多梦，心烦易怒，腰腿应软，或有肢体麻痹，在活动状态下突然头痛剧烈，恶心，呕吐或颈项强痛，烦躁不安，或兼偏恻肢体麻痹乏力。重则肢体强痉拘急，抽搐，昏迷，口干，舌质红少苔，脉弦细数。

治法：育阴潜阳，止血定痛。

方药：育阴止血定痛汤（自拟验方）。

龟板 30 克（先煎），天麻 12 克，石决明 30 克，白芍 15 克，水牛角 30 克（先煎），干地黄 30 克，牡丹皮 12 克，旱莲草 15 克，畓草 15 克，益母草 30 克，全蝎 6 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中龟板、旱莲草、干地黄育阴；配天麻、石决明、白芍以潜阳，使上亢之阳气平复；水牛角、干地黄、牡丹皮、茜草、旱莲草之凉血止血，以制妄行之血；牡丹皮、茜草、旱莲草之活血法瘀；配以益母草活血法瘀之下行，促进离经之血的吸收与消除；天麻、全蝎熄风止痉，通络以定痛。诸药合用，共奏育阴潜阳，上血定痛之功。

加减法：可参考肝阳暴亢型。

3.其他临床所见，可参见脑出血之分型与治疗。但急性期所用活血祛瘀之品不宜过于猛峻，且应选择以既具有活血法瘀而又有止血双向作用之品如益母草、三七之类为宜。以免激发再出血。

（二）中成药。

1.静脉给药：（参考脑出血篇）。

2.口服制剂：（参考脑出血篇）。

（三）针灸疗法：一般采用体针，穴位的选取宜上病下取，以泻法力主的原则。（参考脑出血篇）。

（四）通腑疗法：（参拯脑出血篇）。

二、西医治疗

（一）防止再出血。

1.绝对卧床 4—6 周。头痛剧烈予颅通定 60mg，口服。每日 3—4 次；舒乐安定 2mg，每日 2—3 次，口服。便秘者予开塞露 2 个塞肛或便塞停 2 片，口服。

2.止血药。

（1）6—氨基已酸 6—8 克加入 10%葡萄糖 500ml 中，静脉滴注，每日 1—2 次。

（2）对羧基苄胺 400—600ml 加入 10%葡萄糖 500ml 中静脉滴注，每日 2 次。

（二）降低颅内压：（参考脑出血篇）。

（三）调整血压：（参考脑出血篇）。

（四）防治继发性脑血管痉挛。

1.硝苯吡啶 10㎎，每日 3 次，口服。

2.尼膜地平 20—40㎎，每日 3 次，口服。

（五）手术治疗：

除高龄、全身情况甚差及病情严重外，颅内动脉瘤应争取手术治疗，去除引起出血的病因和预防复发。

（刘茂才黄燕）

动脉硬化性脑梗烧

动脉硬比性脑梗塞是指供应脑部血液的某部位动脉，因粥样硬化，发生管腔狭窄或闭塞和血栓形成，导致急性脑供血不足而引起的局部脑组织坏死。又称之为动脉粥样硬化血栓形成性脑梗塞。

本病属中医学之“中风”范畴。

本病临床表现为：发病前或可有反复发作的一过性局部肢体麻痹，乏力，头晕等前驱症状，多在安静状态下急性或亚急性起病，常在数小时。半天或1—2 天内症状达到高潮。以偏瘫、失语等症状最为常见。因受累血管之大小、部位、程度、侧支循环等不同，症状差异极大，轻者可无症状，重者亦可导致昏迷、脑恼而死亡。存话音，致残率极高。

本病诊断主要根据（1）中老年患者，有脑动脉硬化，高血压，糖尿病等病史；（2）可能有前驱的短暂脑缺血发作史；（3）多在安挣状态下发病；（4）发病较缓慢，多在数小时机较长时间内逐渐加重；（5）有局灶神经功能缺失症状；（6）发病 6 小时以后腰穿脊液一般不含血；（7）颅脑 CT 有低密度缺血区。

中医学认为：本病主要由于素体脏腑功能夫调，气血、阴阳失去平衡，致疾浊、瘀血内生，停积隐伏脑脉，致气血流通下畅；加之情志或劳倦等的激发，使气滞血瘀或气结血凝，或阴血亏耗，血脉凝涩，痹阻脑脉而病发中风。轻则仅局部肢体麻痹乏力，重则刚僻不遂，亦可为闭为脱，残留偏瘫诸证难除，故宜及时综合救治。

西医认为，本病最常见的原因是脑动脉粥样硬化，常伴有高血压或糖尿病。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.气滞血瘀。

主证：平素时有头晕，肢麻，乏力，于劳倦或情志抑郁后，或于晨起后，头晕加剧，出现蜗僻不遂，逐渐加重。甚则昏仆不省人事，舌质淡暗，苔白，脉弦细或涩。

治法：益气通脉。

方药：益气通脉汤（自拟验方）。

黄芪 60 克，党参 20 克，天麻 12 克，全蝎 6 克，川芎 12 克，丹参 20 克，当归 12 克，鸡血藤 20 克。每日 1 剂，水煎眼。

方解：方中黄芪、党参益气；当归、川芎、丹参、鸡血藤活血法瘀通脉；配天麻之熄风止痉；全蝎之走窜通络，加强通结之功。诸药合用、共奏益气通脉之功。

加减法：痰盛加胆南星 12 克、天竺黄 12 克或牛黄粉 2 克；风盛加钩藤 15 克、白芍 15 克；痰浊内闭加石菖蒲 12 克、郁金 15 克或苏合香丸 1 个；

出现脱证则加参附汤。

2.阴虚阳亢。

主证：平素等有头晕，头痛，耳鸣，目眩，心烦多梦，腰腿疫麻，或形体多瘦，或时有局部肢体麻痹，乏力；因情志变动或阴液耗伤而突然头晕、头痛加剧，伴语言不利，眠僻不遂，重则亦可昏仆，为闭为脱，口干，大便于，舌红少苔，脉弦。

治法：育阴潜阳，活血通脉。

方药：育阴活血通脉汤（自拟验方）。

龟板 30 克（先煎），鳖甲 30 克（先煎），白芍 15 克，干地黄 30 克，王不留行 20 克，丹参 20 克，水蛭 3 克，天麻 15 克，桃仁 12 克，胡麻仁 30 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中龟板、鳖甲滋阴潜阳；配平肝之天麻、白芍及养血之干地黄、丹参以调和阴阳；水蛭、桃仁、王不留行活血法瘀；胡麻仁配桃仁加强润燥滑肠，通便而不伤阴。诸药合用，共奏育阴活血通脉之功。

加减法：肝阳亢盛加羚羊骨 15 克（先煎）、钩藤 15 克、夏枯草 15 克；痰盛加天竺黄 12 克、牛黄粉 2 克（冲服）；阴液亏耗加西洋叁 15 克（炖服）、麦冬 15 克、知母 15 克、玄参 15 克。

3.痰浊中阻。

主证：平素时觉头晕、头重，胸脘痞满，多在情志不畅或安静状态下突然头晕加剧，目眩或头重如蒙，恶心呕吐，或语言不利，或走路摇晃，或喎僻不遂，或四肢瘫痪，昏迷不醒，为闭为脱，舌苔白腻，脉弦滑。

治法：健脾化浊，涤痰通脉。

方药：健脾化浊通脉汤（自拟验方）。

党参 20 克，茯苓 15 克，白术 12 克，制半夏 12 克，胆南星 12 克，天麻 15 克，川芎 12 克，竹茹 12 克，橘红 6 克，当归 12 克，丹参 20 克，全蝎 6 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以党参、茯苓、白术健脾燥湿；橘红、制半夏、竹茹、胆南星涤痰化浊止呕；当归、川芎、丹参以活血通脉；加大麻法风痰；全蝎熄风通络以助涤痰通脉。诸药合用，共奏健脾化浊，涤痰通脉之功。

加减法 :脾虚体弱加人参 15 克 ;脾胃虚寒加干姜 9 克或加服附桂理中丸；痰浊蒙蔽清窍加服苏合香丸 1 个。

（二）中成药治疗。

1.静脉给药：（参考脑出血篇）。

2.口服制剂。

（1）脑脉 1 号口服液（本院制剂）：每次 10ml，每日 3 次，饭后服。适用于中风之气虚血瘀证。

（2）复方北芪口服液（本院制剂）：每次 10ml，每日 3 次，饭后服。适用于中风之气血、肝肾不足证及中风康复治疗。

（3）益脑安片（本院制剂）：每次 4 片，每日 3 次，饭后服。适用于血虚。风痰上扰抽搐痉挛，痰瘀痹阻脑脉证。

（4）人参再造丸：每次 1 个，每日 2～3 次，饭后服。适用于中风之气血亏损语言不利，半身不遂证。

（5）华佗再造丸：每次 1 个，每日 2～3 次，饭后服，适用于瘀血或痰湿闭阻经络之中风瘫痪、拘挛诸证。

（三）针灸疗法。

本病可根据病情分别选用体针、头针、耳针或综合进行治疗，但对肌肉或关节僵硬、肌张力明显增高者，针刺时多不宜强刺激，穴位的选择参考有关专著。

（四）灌肠疗法。

病者痰热腑实，昏迷不醒，或服食困难者，可施以灌肠疗法。（参考脑出血篇）

二、西医治疗

治疗原则：改善侧支循环，增加缺血区氧的供应，消除局部脑水肿，防止梗塞的进一步扩展。

（一）改善微循环。

低分子右旋糖酐 500ml 静脉滴注，每日 1 次，适用 7～10 天。

（二）脑血管扩张剂：

1.5%碳酸氢钠 250ml 静脉滴注，每日 1 次，7～10 天为一疗程。

2.菸酸 50～100mg，每日 3 次，口服。

3.罂粟碱 30～60mg，每日 3 次，口服。

4.血管舒缓素 10 单位，每日 3 次，口服。

5.环扁桃酯 100～200mg，每日 3 次，口服。

（三）溶栓剂。

1.尿激酶 6 万至 30 万单位，加入生理盐水 500ml 静脉滴注，每日 1 次。

2.腹蛇抗栓酶 0.75～1.00 单位加入生理盐水 250ml 静脉滴注，每日 1 次。

（四）抗凝剂。

肝素 4000～6000 单位，加入 5%葡萄糖 500ml 静脉滴注，3～5 天后开始同时口服华法令，首次剂量 6～12mg，与肝素同用 5 天后，单用华法令，维持量 2～6mg，每晚 1 次。使用期间，要求每日查凝血酶原时间，凝血时间（试管法）。

（五）抑制血小板凝聚药。

1.潘生丁 0.1g，每日 3 次，口服。

2.阿斯匹林 0.1g，每日 1 次，口服。

（六）减轻局部脑水肿。（参考脑出血篇）

（七）脑细胞活化剂。

1.胞二磷胆碱 0.5g、ATP40mg、辅酶 Al00 单位加入 5%葡萄糖 500ml 静脉滴注，每日 1 次。

2.脑活素 20ml 加入 5%葡萄糖盐水 250ml 静脉滴注，每日 1 次。

（八）其他：高压氧舱疗法，低能量氦氖激光血管内照射疗法，颈部血管内介入疗法。

（刘茂才黄燕）

脑栓塞

脑栓塞是指由于异常的物体（固体、液体、气体）经血液循环进入脑动脉或供应脑的颈部动脉而引起梗塞，使病变血管所供应的区域产生血流障碍，导致脑组织的坏死或软化。

本病属中医学之“中风”范畴。

临床主要表现为起病急骤，多在数秒钟、数分钟内症状即可发展到高峰，

常在激动或活动状态下发作。临床症状差异极大，通常可有局限性抽搐、偏盲、单瘫或偏瘫、或交叉性瘫、失语、眩晕、短暂意识丧失等，甚则昏迷。

本病临床依据发病急骤，并伴随出现局部脑神经缺乏症状与体怔，又具有产生栓于原发性疾病的症状与体征存在。结合颅脑 CT 或 MR 示有低密度缺血灶，即可作出诊断。

中医学认为，本病多素有“心悸”、“胸痹”等病证存在，而痰瘀隐伏，在情绪激动或体力活动下，引起身中阳气变动，引动内优之痰瘀流窜而阈阻脑脉，出现眠僻不遂等中风之候，亦可为闭为脱，故宜综合救治。

西医认为，本病最常见的原因为：风湿性心脏病伴心房纤颤。其次为亚急性心内膜炎、动脉硬化性心脏病、心肌梗烧和肿瘤以及空气、贮肪、寄生虫等。

［治疗］

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.心气不足。

主证：素有心悸、气短息促而动则加剧，心胸憋闷，自汗，面色㿠白，形寒肢冷，倦怠无力；在活动状态下突然喎僻不遂，甚则为闭为脱，舌淡或晦暗苔白，脉结代。

治法：补益心气，涤痰活血。

方药；益气通脉汤（自拟验方）。

边条参 10 克，黄芪 30 克，当归 12 克，桂枝 9 克，茯苓 15 克，法半夏 12 克，胆南星 12 克，远志 6 克，川芎 12 克，丹参 20 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中边条参、黄芪补益心气；当归、川芎、丹参养血活血；加桂枝通阳行瘀以加强益心通脉；茯苓、制半夏涤痰；远志宁心。诸药合用，共奏补益心气，涤痰活血通脉之功。

加减法：心阳虚衰加熟附子 15 克、肉桂 1.5 克（焗服）；痰盛、神志不清加苏合香丸 1 个；心胸憋闷加枳壳 12 克、郁金 12 克、薤白 15 克或加用活心丸 2 丸含服；头晕加天麻 15 克、首乌 30 克；抽搐加全蝎 9 克、蜈蚣 3 条、钩藤 15 克；大便乏力加肉苁蓉 20 克、胡麻仁 30 克；浮肿加泽泻 15 克、车前子 15 克。

典型病例：

李××，女，46 岁，家庭妇女。于 1995 年 7 月 2 日入院。患者有风湿性心脏病，二尖瓣狭窄，心房纤颤史 30 余年。平素经常心悸、气促，动则尤甚，胸闷。2 天前外出访友时突然失语，右侧肢体乏力，不能活动。颅脑 CT 示“左颔、顶叶脑梗塞。”入院时患者面色㿠白，神疲倦怠，失语，右侧肢体不能活动，舌淡暗苔白，脉结代。此属心气不足，痰瘀闭阻脑脉之证，治以补益心气，涤痰活血通脉。处方：边条参 10 克（另炖），黄芪 30 克，当归 12 克，桂枝 9 克，茯苓 15 克，制半夏 12 克，胆南星 12 克，远志 6 克，川芎 12 克，丹参 20 克，全蝎 6 克，郁金 12 克。每日 1 剂，水煎服。配合参麦液 60㎖ 加入 5%葡萄糖 500㎖ 静脉滴注。治疗 32 天出院，患者心悸气促减轻，右侧肢体肌力由 0 级恢复至Ⅲ～Ⅳ级。

2.其他证型：尚有由于冠心病等所致者，亦可表现为肝阳上亢、肝肾阴虚、心脾两虚等多种证型，其治疗与动脉硬化性脑梗塞等病证相似，只是这

些脑栓塞之证型中，多有心悸、胸痹等心脉瘀滞之症存在，故其治疗当宜相顾及。至于因感染性心内膜炎所致，兼见寒战、高热、关节疼痛等症存在者，又宜按外邪内传、入营入血或逆传心包等随症施治之。由于其他原因所致者，亦宜随病因病机不同而作相关施。

（二）中成药治疗。

1.静脉给药：可随证选用丹参注射液、复方丹参注射液、川芎嗪注射液、清开灵注射液、参麦注射液、参附注射液等（参见脑出血篇），其他尚可随证选用：

（1）生脉注射液，首剂 10～20ml，加入 5%～10%葡萄糖 10～20ml 中静脉注射，必要时 2～4 小时后重复注射，以后改为 20～40ml 加入 5%葡萄糖 250～500ml 静脉滴注，一般每日总量为 40～80ml。适用于脑栓塞气阴虚等证。

（2）穿琥宁注射液 4～6ml，加入 5%葡萄糖 250～500ml 静脉滴注，每日 1～2 次，适用于脑栓塞之畏寒、发热者。

（3）双黄连粉针剂 60mg/kg，加入 5%～10%葡萄糖 500ml（静脉滴注，每日 1 次，适用于脑栓塞之具有实热证

2.口服装剂。

（1）补心气口服液，10ml，每日 3 次，口服，适用于脑栓塞之心气不足证。

（2）麝香保心丸 1～2 丸，每日 3 次，口服，适用于脑栓塞之心前区疼痛、胸闷憋气等证。

（3）速效救心丸 4～6 粒，每日 3 次，含服，适用于脑栓塞之心前区疼痛、胸闷憋气等证。

（4）活心丸 1～2 丸，每日 3 次，含服，适用于脑栓寒之心气虚、心脉瘀滞之证。

（5）山海丹胶囊 4～5 粒，每日 3 次，饭后半小时口服，适用于脑栓塞之气阴两虚、心脉瘀阻证。

（6）心脑舒通 2～3 粒，每日 3 次，适用于脑栓塞之心气虚、胸痹心痛等证。

（7）心脑素，每次 2 粒，每日 3 次，适用于脑栓塞之心气虚、心脉瘀阻证。

（8）其他：人参再造丸、华佗再造丸、脑脉 1 号口服液等皆可随证选用（参考脑出血、脑梗塞篇）。

二、西医治疗

治疗原则与动脉硬化性脑梗塞相同，在于促进血液循环，增加缺血区氧的供应，清除局部脑水冲，减轻梗塞范围，并防止栓塞的复发。

（一）脑部病变的治疗参考动脉硬化性脑梗塞的治疗。

（二）原发病的治疗，根据栓子来源：

1.心脏病外科手术治疗。

2.细菌性心内膜炎积极抗菌治疗。

3.减压病进高压氧舱治疗。

4.气栓取头低和左侧卧位。

（刘茂才黄燕）

混合性中风

混合性中风是指一次中风过程中，脑部同时或相继发生出血与梗塞两类不同性质的一类急性脑血管疾病。其主要原因是高血压动脉硬化，故又称为动脉硬化性混合性中风。

本病属中医学之“中风”范畴。

本病临床表现与脑出血、脑梗塞相似，都为急性起病，有局灶性神经功能缺失症状与体征，且更为复杂，并不能用一种性质的病灶所能解释。

本病诊断主要根据：中老年病者，有长期的高血压动脉硬化病史；以急性脑血管病形成起病；有以脑出血或脑梗塞为主的临床表现，但不能用一种性质的病灶和单一病灶所能解释；颅脑 CT 或 MR 检查见新鲜的出血灶与梗塞灶同时存在。

中医学认为：本病病因病机与脑出血、脑梗塞相似，出血与粳塞两种不同性质病理过程同时或相继发生，皆本由脏腑亏虚、阴阳失调所致脑脉痰瘀内蕴之病理基础，加之各种诱因激发而致气血逆乱，发为中风。在活动状态下起病者，多为阳气上逆，血之与气并走于上，血随气逆，直冲犯脑，致”满脉去形”血溢脉外之出血性中风之候；或未致“满脉去形”之境，却由于气血逆上而血菀于上，脑脉充盛而郁积不散，气结血凝，脑脉痹阻出现缺血性中风之候；同时，由于平素脑脉中痰瘀郁积内蕴和滞阻脉络之程度有差异，以致各脑脉间受上逆之气搏击程度之不同，因而在同一次气血上逆过程中，便可同时有出血与梗塞之可能；抑或由于气血上逆致成出血性中风之后，由于情志之抑郁而气滞血瘀，或由于血溢脉外致脑脉周流不畅，产生新的瘀证而相继出现缺血性中风之候。在安静状态下起病者，多为气虚而不能帅血或气滞而血瘀，脉络痹阻，出现缺血性中风；或缺血性中风病发后，由于情志变化，激发身中阳气变动，引发气血上逆，直冲犯脑，相继出现出血性中风。出血与梗塞同时或相继出现，通常气血上逆者以出血为主，气滞血瘀者以梗塞为主。其病机更为复杂，预后便更为险恶，故治疗应以综合救治为

[治疗]

一、中医治疗

本病证以阴虚阳亢、肝肾阴虚等证型多见，其治疗与脑出血、脑梗塞相同，可参照脑出血、脑梗塞篇有关证型施

二、西医治疗

主要是中性治疗，包括：

（一）调整血压。（参考脑出血篇）。

（二）降低颅内压，控制脑水肿。（参考脑出血篇）。

（三）维持营养和水、电解质及酸碱平衡。

（四）抗自由基：

1.维生素 El00mg，每日 3 次，口服。

2.甘露醇、地塞米松（参考脑出血篇）。

（五）脑代谢活化剂。

辅酶 A100 单位，ATP40mg 加入 5%葡萄糖 500ml 静脉滴注，每日一次。

（六）预防感冒，防治并发症。（参考脑出血篇）。

（刘茂才黄燕）

第九节脑动脉硬化症

脑动脉硬化症是由于脑动脉粥样硬化、小动脉硬化、微小动脉玻璃样变等脑动脉变性病变，由此导致慢性进行性脑缺血、缺氧，表现为脑功能障碍，精神障碍和局灶性损害的慢性脑病症候群。

脑动脉硬化症在中医的临床中属于“眩晕”、“健忘”、“不寐”、“呆证”、“中风”、“虚劳”等范畴。

本病主要的临床表现早期主要为脑功能障碍和精神障碍、多数患者有头昏头胀，眩晕，精神萎靡不振或抑郁易激动、失眠多梦，记忆力减退，尤以近事记忆力减退明显，注意力不集中，思维迟钝，理解力减退以及综合分析能力差，工作能力下降，动作迟缓，肢体麻木等症状；后期可表现为局灶性或弥漫性损害，如痴呆、肢体震颤或中风或癫痫发作等。

脑动脉硬化症的诊断目前尚无统一标准。其诊断依据一般认为应具备如下条件：年龄在 50 岁以上：出现进行性脑功能减退如神经衰弱症候群、或精神障碍症状直至痴呆；起病缓慢而呈进展性，有一定的神经系统阳性体征；伴有其他器官的动脉粥样硬化，如眼底动脉硬化、冠心病、肾动脉硬化等；实验室检查如血脂增高，此外脑电图常有轻度弥漫性慢波，双侧半球可有少量 θ 波或 δ 波，局灶性损害时可有灶性 δ 波，CT 可有脑萎缩或可见局灶性低密度区。

《内经》指出：“年四十而阴气自半也，起居衰矣”。”年五十，体重，耳目不聪明矣”。本病多见 50 岁以上患者，衰老是本病之主要病因，年老体衰主要表现在肝肾亏虚和机体阳气日见亏虚这两方面。由于肝肾亏虚，肝阳上亢则头昏目眩，耳鸣耳聋，腰膝痠软，肢体麻木。阴虚动风则肢体拘急、震颤，甚则肝阳暴亢导致中风发生；脾肾阳气亏虚或肾精亏损则脑髓失养，清阳不振，表现为精神萎靡不振，头昏目眩，耳鸣耳聋，健忘，动作迟缓，甚至痴呆，此谓“上气不足，脑为之不满，耳为之苦鸣，头为之苦倾，目为之眩”，“髓海不足，则脑转耳鸣，胫痠眩冒，目无所见，懈怠安卧”。另一方面，年老体衰，过食肥甘厚味或肝郁气滞，由此而产生的病理性产物——痰浊瘀血留积于血脉中，痰瘀交结则脑脉不畅，清窍蒙遏，清阳不得舒展亦可表现本病诸症。

西医认为本病的病因尚不完全明了，常与高血压、高脂血症和糖尿病有关，多数病人脑组织有不同程度萎缩，整个脑重量减轻，脑回变小，脑沟增宽，尤以额叶、颞叶为甚。

镜检：星形胶质细胞增生，脑实质内血管周围间隙增宽，皮质、基底节、桥脑和小脑可见大小不一的软化灶，还可有弥漫性小出血灶。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.肝肾亏虚型。

主证：急躁易怒，虚烦不寐，头昏头重，眩晕，每因烦恼加重，腰膝痠软，肢体麻木，甚至肢体震颤，伴有面红，耳鸣，口干苦，大便秘结，舌质红，薄黄苔，脉弦细。

治法：补益肝肾，育阴潜阳。

方药：延寿丹加减。

旱莲草 15 克，女贞子 15 克，山茱萸 15 克，何首乌 30 克，白芍 30 克，紫河车 10 克，天麻 10 克，龟板 18 克，丹参 20 克。水煎服，每日 1 剂。

方解：本方以山茱萸、紫河车益肾精；何首乌、旱莲草、女贞子以及丹参益肝肾，补而不腻；佐以龟板育阴潜阳；天麻平肝熄风。

加减法：虚烦不寐加酸枣仁 20 克、麦门冬 12 克；腰膝痠软加杜仲 18 克、续断 12 克；肢体麻木加鸡血藤 30 克；肢体震颤加生龙齿 30 克（先煎）、珍珠母 30 克（先煎）。2.阳气亏损型。

主证：精神萎靡不振，头昏目眩，懈怠不寐，健忘或痴呆，伴有畏寒肢冷，纳呆，清涎多，便溏，夜尿多，舌质淡胖嫩，苔白腻，脉沉细或弦细。

治法：健脾益肾，益气壮阳。

方药：壮阳益气汤（自拟方）。

黄芪 30 克，白术 30 克，党参 30 克，天麻 9 克，熟附子 12 克，淫羊藿 12 克，仙茅 12 克，枸杞子 12 克，炙甘草 9 克。水煎服，每日 1 剂。

方解：本方以补中益气汤以补气升阳，佐以熟附子、枸杞子、淫羊藿、仙茅以益阴壮肾阳。

加减法：健忘加石菖蒲 12 克、远志 6 克、郁金 15 克；不寐加肉桂 1.5 克（焗服）引火归元，黄连 9 克以清心除烦；夜尿多加山茱萸 15 克、金樱子 30 克以固肾。

3.痰瘀滞阻型。

主证：面色暗晦、头痛，眩晕或昏厥，胸痛，或胸腹痞闷，心悸，肢体抽搐，甚或语蹇，半身不遂，舌质暗红或淡红，苔腻浊，脉结代或弦细。

治法：豁痰开窍，活血通脉。

方药：血腑逐瘀汤，涤痰汤加减。

法半夏 12 克，胆南星 12 克，橘红 12 克，丹参 12 克，川红花 12 克，毛冬青 30 克，海藻 18 克，石菖蒲 12 克，远志 6 克，郁金 15 克。水煎服，每日 1 剂。

方解：本方以法半夏、胆南星、海藻豁痰浊；石菖蒲、远志、郁金以开窍醒脑；以红花、丹参、毛冬青以活血通脉。

加减法：眩晕频繁发作、甚则昏厥者以涤痰汤为主以涤痰开窍，并酌加天麻 15 克、丹参 20 克、郁金 15 克；以头痛、喎僻不遂之瘀血阻络者则以血府逐瘀汤为主，并酌加海藻 18 克，天麻 15 克；胸痹者加田七末 3 克（冲服）、降香 12 克；抽搐者加全蝎 9 克、地龙 12 克。

（二）中成药治疗。

1.口服中成药：（1）选用复方北芪口眼液或痴复康口服液。复方北芪口服液（本院制剂），功效有益气养血通脉、补肝肾益肾精作用，适应于脑动脉硬化症，中风恢复期，证见眩晕、健忘、肢麻、瘫痪等。用法：每次 10 毫升，日 3 次。痴复康口服液（本院制剂）：具有补气血益精髓、活血涤痰、开窍醒脑功效。适用于脑动脉硬化症，证见头昏目眩、神志恍惚、健忘、动作迟缓等痴呆诸症。用法：每次 10 毫升，日 3 次。（2）其他中成药制剂：如复方丹参片、复方丹参滴丸、全天麻胶囊、川芎嗪片、醋藻酸脂钠片、月见草油、丹田降脂丸等根据病情选用。

2.静脉注射中成药制剂：（1）用川芎嗪注射液 80～120 毫克加入 5%葡萄糖 500 毫升，静脉滴注，每日 1 次，10～15 天为一疗程。（2）用血栓通注射液 4～6 毫升加入 5%葡萄糖液 500 毫升，静脉滴注，每日 1 次，10～15 天为一疗程。

二、西医治疗

1.预防措施：

脑动脉粥样硬化是缓慢隐匿发展的一种疾病，长期无临床症状，不易引起注意，一旦出现症状，提示病情已发展到一定程度，因此早期治防对脑动脉硬化症的预防具有重要意义。其预防措施是注意正确的生活习惯，饮食等生活习惯要有规律，加强体育锻炼，注意脑力与体力劳动结合，避免精神紧张，少吃动物脂肪，多食蔬菜、水果，饮食宜清淡为主，不宜过咸，不饮酒、不吸烟。对 40 岁以上的人，定期进行预防性检查，及时发现危险因竟，早期发现，及时进行治疗，对阻止病情进展有积极作用。

2.药物治疗：

（1）降脂药物：降脂药物品种很多，使用时应结合病人脂蛋白代谢障碍的类型，结合有效的饮食治疗，选择疗效确切、适合长期使用的药物，常用的药物如：安妥明、烟酸肌醇脂、益寿宁、脉通、血脉宁、维生素 C、维生素 E 以及中成药丹田降脂丸、月见草油等。

（2）增加脑血流量的药物：如脑益嗪 25～50 毫克，日 3 次，脑络通 1～2 片，日 3 次。必要时视病情使用低分子右旋糖酥 250～500 毫升，静滴，日 1 次，5～7 天为度。

（3）脑代谢活化剂：如胞二磷胆碱 1 毫升，日 3 次，脑复新 0.1～0.2 克，日 3 次，脑复康 400～800 毫克/日，或胞二磷胆碱、三磷酸腺苷等静脉滴注。

（4）当病人出现躁动不安、精神异常等则相应给予安定、奋乃静等镇静或抗精神病药物治疗。

（黄培新）

第十节癫痫

癫痫是指脑部神经元反复发作的异常放电，导致短暂的突发性大脑功能障碍为特征。根据异常放电神经元的部位和放电扩散的范围不同，临床上可表现为精神、意识、运动、感觉、植物神经等不同障碍，上述症状可单独或合并出现，而以意识丧失和抽搐较为常见。

癫痫在中医临床中属于”痫证”和“癫症”范畴。

癫痫发作的形式是多种多样的，常见有癫痫大发作，小发作，局限性发作和精神运动性发作等四种，本篇则着重讨论癫痫大发作。癫痫大发作主要临床表现是以意识丧失和全身抽搐为特征。按其发病过程一般在发作开始时有先兆，如头晕头胀，眼前发黑或少光，肢体麻木，幻视幻臭；继之突然意识丧失而跌仆，全身抽搐，此时患者可有双目上视，口唇发钳，口吐白沫或血性泡沫，喉中发出尖叫，部分患者可有尿失禁；抽搐停止后，患者呈昏迷状态，全身肌肉松驰，全身出汗，此时患者瞳孔散大，对光反射消失，出现病理反射。整个过程一般历时 5～15 分钟，患者清醒后常自觉头痛，全身肌肉痠痛、疲乏。

癫痫大发作若在短期内频繁发作，以致发作间隙意识持续昏迷者，称为癫痫持续状态。常常伴有高热、脱水、白细胞增多和酸中毒。

癫痫大发作的临床诊断依据是以反复发作的意识丧失、抽搐为主症，常在过度疲劳、惊恐、暴饮暴食、感染、过度换气和月经来潮等情况下诱发，常规脑电图或诱发试验脑电图可见癫痫特征波型。

中医认为癫痫之病位在脑，其病位主要在于肝肾脾。它多由先天胎禀不足，七情所伤或跌仆撞击脑部等因素，使肝、肾、脾等功能失调，导致风阳内动，痰浊内盛或瘀血内停，若遇饮食不节或惊恐或劳累过度或感受外邪等引动，造成风、火挟痰挟瘀蒙闭清窍而突然昏仆、不省人事、口吐白沫、双目上视、四肢抽搐等症状。在痫证发病过程中，肝、肾、脾三脏亏虚是本病主要病理基础，风阳、痰、瘀是本病的重要因素，临床上当癫痫急性发作时多表现为风痰或痰火闭窍，当发作缓解后，虽然患者苏醒如常人，此时由于癫痫发作往往多有正气虚弱，其临床表现多见气阴亏虚，证见头晕目眩、疲乏欲寐或烦躁不安、健忘，胸腹胀闷、恶心呕吐，或腰痠膝软等症状。同时患者虽然意识清醒，风火痰瘀得以平息，抽搐得以控制，但病因依然存在，临床当慎辨之。

本病多反复发作，日久失治易致发作持续不停，势必影响五脏功能，导致五脏气血阴阳俱虚，或元气败脱而危及生命。

西医认为本病按病因可分为原发性和继发性癫痫两大类。原发性癫痫病因尚不完全清楚，但倾向于与遗传有关，与生化、代谢或免疫等异常有关；继发性癫痫之病因常见于脑炎、脑膜炎、脑肿瘤、外伤、脑血管疾病、先天脑发育异常等颅内疾病以及心血管疾病、中毒或各种原因引起的脑缺氧等。

[治疗]

一、中医治疗

癫痫的治疗原则，一般情况下在癫痫急性发作时，多表现风痰闭窍和痰火闭窍，以治标为主，宜采用清热泻火，平肝潜阳，熄风涤痰定痫治法以控制发作为当务之急，因病情急骤，不及煎药者可先施用按压人中穴或针刺、或中成药制剂治疗以促其苏醒，控制四肢抽搐后再投以煎剂，以防止癫痫再次发作或发展为癫痫持续状态。在癫痫间歇期则以治本为主、多采用养阴益气以调理脏腑功能，佐以清热、平肝除痰、宁心安神治疗，并在辩证治疗同时，配合中成药如片剂、丸剂、散剂，坚持长期用药以提高临床治疗效果，预防复发。

（一）分型治疗。

1.风痰闭窍型。

主证：平素常有眩晕，突然昏仆，不省人事，四肢抽搐，口吐白沫，痰涎壅盛，伴有面色苍白，恶心呕吐，或遗尿，舌质淡红，薄白苔或白腻苔，脉细滑。

治法：熄风涤痰，开窍定痫。

方药：天麻定痫汤（自拟验方）。

天麻 15 克，全蝎 9 克，蜈蚣 3 条，法半夏 12 克，胆南星 6 克，白芥子 12 克，橘红 9 克，郁金 15 克，远志 6 克，炙甘草 6 克。水煎服，每日 1 剂。

方解：本方以天麻、全蝎、蜈蚣熄风镇痫为主药；配以半夏、胆星、白芥子、橘红以除痰；远志、郁金开窍；炙甘草调和诸药。共成熄风涤痰，开窍定痫之功效。

加减法：气虚加党参 30 克，血虚加当归 12 克、何首乌 30 克；心悸失眠加酸枣仁 20 克；恶心呕吐加姜竹茹 12 克。

2.痰火闭窍型。

主证：平素性情急躁，心烦失眠，突然昏仆不省人事，四肢抽搐，口吐白沫，伴有面色潮红，躁动不安，或抽搐强劲频频发作，持续处于昏迷状态，

舌质红苔黄或黄腻苔，脉弦数。

治法：清热泻火，熄风涤痰，开窍定痫。

方药：羚角定痫汤（自拟验方）。

羚羊角骨 18 克（先煎），栀子 12 克，黄芩 15 克，黄连 9 克，灯心花 5 扎，地龙 12 克，竹茹 12 克，竹黄 12 克，钩藤 15 克，石菖蒲 6 克。水煎服，每日 1 剂。

方解：本方中以羚羊角骨、地龙、钩藤以清热熄风镇痉；配以栀子、黄芩、黄连情热泻火；竹茹、竹黄清热涤痰；灯心花以清心除烦；菖蒲以开窍。

加减法：抽搐不止灌服紫雪丹 1 支，不省人事者加安宫牛黄丸 1 丸；便秘者加大黄 9 克（后下）、银花 30 克；烦躁失眠加珍珠未 1 支或珍珠层粉 1 支（冲服）。

3.正气虚弱型。

主证：癫痫缓解期，症见头晕目眩，精神萎靡不振，虚烦失眠，健忘，心悸多汗，腹胀纳差，腰膝痠软，肢体麻木，舌质红或淡红，薄白苔或黄腻苦，脉弦细。

治法：养阴益气，熄风定痫，宁心安神。

方药：宁神定痫汤（自拟验方）。

麦冬 12 克，五味子 6 克，党参 30 克，茯苓 15 克，何首乌 30 克，白芍 30 克，山茱萸 15 克，龟板 20 克（先煎），酸枣仁 20 克，全蝎 9 克，天麻 12 克。

方解：方中以生脉散养阴益气；配合何首乌、白芍、山茱萸、龟板以益肝肾；佐以茯苓、酸枣仁以宁心安神；天麻、全蝎以熄风定痫。

加减法：心悸多汗加生龙齿 30 克（先煎）或珍珠层粉 1 支（冲服），低热者去党参加丹皮 10 克，痰多者去龟板加法半夏 12 克、胆星 12 克。

（二）中成药治疗。

1.中成药口服装剂：

在癫痫发作时或癫痫持续状态时，可随证选用安宫牛黄丸、紫雪丹等应急枚治外，尚可选用如下药物：（1）牛黄清心丸：每次 1 丸，日 2～3 次，温开水送服。（2）礞石滚痰丸：每次 1 瓶，日 2～3 次，温开水送服。（3）益脑安片（本院制剂）：每次 4 片，日 3 次，温开水送服。

2.中成药注射制剂：

（1）醒脑静注射液：用本品 2～4 毫升，肌注或加入 50%葡萄糖 20～40 毫升，静脉注射，日 2～3 次，或本品 20 毫升加入 5%葡萄糖 250 毫升作静脉滴注。适用于风痰闭窍型癫痫大发作期，或癫痫持续状态。

（2）清开灵注射液：用本品 40～60 毫升加入 5%或 10%葡萄糖 500 毫升静脉滴注，每日 1～2 次。本品适用于痰火闭窍型之癫痫大发作期或癫痫持续状态。

二、西医治疗

（一）病因治疗：针对不同的病因，积极采用相应的药物或手术治疗。同时应注意患者的身心卫生，保持良好的生活规律和饮食习惯，避免过饱、酗酒、过劳及睡眠不足、情绪冲动等诱发痫性发作的因素，这些都是使治疗取得成功的重要条件。

（二）药物治疗：多数癫痫患者需要抗癫痫药物治疗，但发作稀疏，如一年或数年发作一次者例外。临床上常用抗癫痫药物有苯妥英钠、苯巴比妥、

卡马西平、丙戊酸钠、扑痫酮、乙琥胺、氯硝安定等。抗癫痫药物应用的原则如下：1，药物的选择：抗癫痫药物的选择决定于癫痫发作类型和毒性。如原发性癫痫大发作首选丙戊酸钠，其次为苯妥英钠或苯巴比妥；继发性癫痫大发作和局限性发作的首选药物是苯妥英钠，其次为卡马西平或苯巴比妥；精神运动性发作首选卡马西干，其次为苯妥英钠或扑痫酮；失神小发作首选乙琥胺，其次为苯妥英钠；肌阵挛性小发作首选丙戊酸钠，其次为氯硝安定或苯妥英钠；非典型小发作首选氯硝安定，其 次为苯巴比妥。2.药物的剂量：选用口服药剂量一般自低限开始，如不能控制再逐渐增加，增量无效则撤换或加给第二种药物，撤换之药不能突然停止，须在 3～5 天内逐减，同时递增第二种药物，否则容易引起癫痫持续状态。3.合并用药：在使用的一种药物效果不够理想时，也可暂不增量，可合并使用第二种药物，如苯妥英钠加苯巴比妥，即是一种常用的合并用法。合并用药的另一个指征是拮抗第一种药物的副作用，如乙琥胺治疗失神小发作时可能诱发大发作，可配合用苯巴比妥。合并用药还应避免使用药理相同的以及副作用相似的药物，如扑痫酮和苯巴比妥，氯硝安定和苯巴比妥。总之，用药务必精简有效，切忌杂药乱投。4.注意药物的副作用：各种抗癫痫药物，都有多种副作用，因此每日剂量宜分数次服用，由于服药时间长，必须定期复查血、尿常规和肝肾功能。5.治疗的终止：发作在完全控制一年后，可以考虑终止治疗，停药必须通过缓慢减量，其减量过程大发作和局限性发作不少于一年，小发作不少于半年，必须注意的是病程越长，剂量越大，停药越要缓慢。停药后如果复发则重新给药如前。

（三）癫痫发作时的治疗。

1.癫痫大发作的治疗：一般癫痫大发作时，首先重点在于护理患者，防止外伤和吸入性肺炎等并发症，如将患者平卧，松解衣扣，用开口器或压舌板垫在病者的一侧上下臼齿之间以防止颊肌、舌体被咬伤。抽搐时应扶持好抽搐肢体以免发生骨折或脱臼。抽搐停止后将患者头部侧向一侧，让分泌液体流出，必要时进行吸痰，避免发生窒息和吸入性肺炎。个别病者在发作过程中自动呼吸未能及时恢复者应即行人工呼吸和吸氧以纠正缺氧和加速清醒。如抽搐时间偏长或当日已有过发作，可给苯巴比妥纳 0.1 克，肌肉注射或安定 10 毫克，肌肉或静脉注射。

2.癫痫持续状态时的治疗

癫痫持续状态是危重的癫痫发作，其持续时间愈长，脑的损害也愈重，其并发症的机会亦愈多。因此在给氧、防护护理的同时，应从速控制发作，可依次选用下列药物：（1）安定 10 毫克，静脉注射，注意注射速度不超过每分钟 2 毫克，无效则改用其他药物，有效而复发者可在半小时后重复注射，或用安定 100～200 毫克加入 5%葡萄糖盐水 500 毫升中在 12 小时内缓慢滴注。注射时注意呼吸抑制。（2）异戊巴比妥钠 0.3～0.5 克溶于注射用水 10 毫升，静脉注射，其速度不超过每分钟 0.1 克，注射时注意呼吸抑制和血压下降。（3）10%水合氯醛，20～30 毫升，作保留灌肠。

在给药的同时，必须保持呼吸道通畅，防止缺氧加重。经常吸痰，必要时做人工呼吸或气管切开术。重视合并症的治疗，如有高热可物理降温，电解质及酸碱度变化要及时纠正，有脑水肿迹象时，可用甘露醇，针对预防或治疗肺部感染，相应给予抗菌素治疗。

抽搐停止后，可给苯妥英钠 0.2 克，肌肉注射，隔 8～12 小时一次维持

控制。清醒后改口服抗癫痫药物。

（黄培新刘茂才）

第十一节震颤麻痹

震颤麻痹又称帕金森氏病，是发生于中年以上的中枢神经变性疾病，主要病变在黑质和纹状体。

震颤麻痹在中医临床中属“颤证”、“拘证”的范畴。

震颤麻痹主要临床表现为起病缓慢，逐渐加剧。主要症状包括不自主震颤，肌强直及运动障碍，症状中孰先孰后，因人而异。

临床诊断依据主要根据中年以后发病，病程呈缓慢进行性加重，伴有震颤、肌强直、运动障碍三项主要怔象，结合“面具脸”、头部前倾，躯干俯屈，行走时上肢无摆动及“慌张步态”，可诊断。临床必须鉴别各种原因引起的震颤麻痹综合证。

中医学认为，震颤麻痹病位在肝，与肾、脾关系密切。肝藏血主筋，肾藏精生髓，若年老体衰，摄生不慎，房事过度或它病所伤，可使肝肾阴虚，精血亏少，筋脉失养而致肢体拘急强直。肝肾阴亏，水不涵木，肝阳偏亢，风从阳化，则震颤。脾主运化，为气血化生之源，若饮食劳倦伤脾，脾失健运，聚湿生痰，且不能化生气血，气虚血行不畅，瘀血内停，痰瘀阻络，筋脉失养而震颤，屈伸不利。

西医认为本病病因可分为原发性与继发性二类。原发性震颤麻痹的病因至今未明。继发性者可由于脑炎、脑动脉硬化、中毒（如一氧化碳、汞、锰、氰化物），服用抗精神病药等引起，也可继发于脑梗塞、颅脑损伤、基底节肿瘤等疾病，称为震颤麻痹综合症。

［治疗］

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.肝肾亏虚，筋脉失养。

主证：肢体拘急强直，屈伸不利，动作笨拙，肢体麻木或伴震颤，兼见头晕，耳鸣，健忘，腰膝竣软，舌红少苔，脉弦细。

治法：补益肝肾，柔筋镇痉。

方药：柔筋镇痉汤（自拟验方）。

龟板胶（烊化）12 克，紫河车 12 克，山茱萸 15 克，菟丝子 15 克，何首乌 30 克，白芍 30 克，鸡血藤 30 克，木瓜 18 克，地龙 12 克，阿胶（烊化）12 克，炙甘草 9 克。

方解：本方以龟板胶、紫河车、山茱萸、菟丝子滋肾填精；何首乌、白芍、鸡血藤、阿胶养肝血柔筋；木瓜舒筋活络；炙甘草调和诸药。诸药合用，共奏补益肝肾，柔筋镇痉之功。

加减法：头晕气短，加党参 20 克、北芪 30 克；健忘痴呆，加石菖蒲 9 克、远志 6 克、当归 12 克；腰膝瘘软，加牛膝 18 克、杜仲 15 克；肢体麻木，加全蝎 9 克、蜈蚣 3 条。

2.阴虚阳亢，虚风内动。

主证：震颤日久，筋脉拘紧，步态不稳，兼见头晕头痛，口干，少寐多梦，急躁易怒，五心烦热，腰膝瘘软，便秘尿赤，舌红苔薄黄，脉弦细数。

治法：育阴潜阳，柔肝熄风。

方药：柔肝熄风汤（自拟验方）。

龟板 20 克（先煎），鳖甲 20 克（先煎），白芍 30 克，生龙齿 30 克（先煎），牡蛎 30 克（先煎），钩藤 15 克，地龙 12 克，全蝎 9 克，酸枣仁 20 克，茯神 15 克，五味子 6 克，炙甘草 6 克。

方解：本方以龟板、鳖甲育阴潜阳；生龙齿、牡蛎、钩藤平肝镇潜熄风；酸枣仁、五味子、茯神养阴安神；白芍养血濡筋缓急；地龙、全蝎通络镇痉；炙甘草调和诸药。诸药合用，共奏育阴潜阳，柔肝熄风之功。

加减法：头晕头胀痛，心烦，急躁易怒，加菊花 15 克、羚羊骨 18 克（先煎）、夏枯草 15 克；大便秘结，加大黄 9 克（后下）、虎杖 30 克；失眠多梦，加夜交藤 30 克、远志 6 克。

典型病例：

李××，男，72 岁。退休干部，双手震颤，四肢拘急，步履困难 5 年余。曾服美多巴、安坦等药，有效。但因服药后出现头晕，纳差，小便难等副作用而停服。见患者头胀痛，心烦，口干苦，大便秘结，舌红少苔，脉弦细。体查面具脸，双手静止性震颤，四肢肌张力齿轮样增高。证属阴虚阳亢。虚风内动。治以育阴潜阳，柔肝熄风。处方：羚羊骨 18 克（先煎），钩藤 15 克，牡蛎 30 克，龟板 20 克（先煎），鳖甲 20 克（先煎），白芍 30 克，山茱萸 15 克，地龙 12 克，全蝎 9 克，茯神 15 克，虎杖 30 克，炙甘草 6 克。服 14 剂，头胀痛消除，口干减轻，大便通。去牡蛎、茯神加王不留行 15 克、何首乌 30 克，继续服 50 剂，诸证好转，生活能自理。3.气血不足，虚风内动。

主证：震颤日久，颈项拘强或肢体拘紧，活动不利，行走慌张，兼见面色无华，头晕眼花，乏力懒言，舌淡胖有齿印或暗淡，脉细弱。

治法：气血双补，柔肝熄风。

方药：养血熄风汤（自拟验方）。

黄芪 60 克，党参 30 克，阿胶 12 克（烊化），白芍 30 克，茯神 20 克，鸡血藤 30 克，天麻 15 克，全蝎 9 克，当归 6 克，炙甘草 6 克，蜈蚣 3 条。

方解：本方以黄芪、党参、茯苓、炙甘草、白芍、鸡血藤、当归、阿胶益气养血柔肝；天麻平肝熄风；全蝎、蜈蚣通络镇痉，诸药合用，共奏气血双补，柔肝熄风之功。

加减法：便秘、无热象，加白术 20 克、枳实 15 克、厚朴 12 克；失眠、心悸加酸枣仁 15 克、龙齿 30 克、珍珠母 30 克。

4.痰瘀阻络。

主证：震颤强直，肢体疼痛不移，屈伸不利，动作困难，或偏身乏力，兼见面色暗晦、神呆健忘，胸脘痞闷，舌暗紫或有瘀斑，苔厚腻，脉涩或滑。

治法：涤痰祛瘀通络。

方药：涤痰定颤汤（自拟验方）。

毛冬青 30 克，丹参 20 克，川红花 12 克，地龙 12 克，全蝎 9 克，王不留行 15 克，胆南星 12 克，海藻 18 克，石菖蒲 12 克，郁金 12 克，枳实 12 克。

方解：本方以毛冬青、丹参、川红花活血祛瘀；地龙、全蝎、王不留行祛瘀通络止痛；胆南星、海藻、石菖蒲、郁金涤痰开窍通络；枳实行气助诸药祛瘀涤痰。诸药合用，共奏涤痰祛瘀通络之功。

加减法：眩晕、乏力、纳少加黄芪 30 克、党参 20 克、茯苓 15 克。

（二）针刺疗法（头针疗法）。

取穴：一侧肌强直为主而无震颤者，取对侧的运动区上 1/5、中 2/5，头面部及颈部有震颤者，另加运动区下 2/5。如躯体震颤，肌张力增高者，取对侧运动区及舞蹈震颤区。

操作：将 28～30 号不锈钢针刺于头皮下，进针达所需深度后通以脉冲电，频率为每分钟 120～150 次左右，通电 15～20 分钟，每日或隔日一次，15 次为一疗程。间隔 3～5 天后，可再行第二疗程。

二、西医治疗

（一）药物治疗。

1.多巴胺替代疗法。

①左旋多巴。2～8 克/日，分 3 次，口服。

②美多巴。250 毫克，每日 3 次，口服。

2.抗胆碱能药物。

①安坦。2～4 毫克，每日 3 次，口服。

②氢溴酸东莨菪碱。0.2～0.4 毫克，每日 3 次，口服。

3.其他。金刚烷胺，100 毫克，每日 2 次，口服。

（二）手术治疗。

药物治疗无效，一般状况好，可应用定向手术或伽马刀破坏丘脑核及苍白球。近年来尚有开展自身肾上腺髓质脑内移植手术并获得成功的报道。

（黄燕）

第十二节小舞蹈病

小舞蹈病又称风湿性舞蹈病，感染性舞蹈病或 Sydenham 舞蹈病，是一种多见于儿童的疾病，常为急性风湿病的一种表现。其临床特征为不自主的舞蹈样动作，肌张力减低。本病属中医“瘈瘲”范畴。

本病临床表现主要由病变部位所决定。如病变在基底节则出现本症所特有的舞蹈样动作，如病变在小脑则出现肌张力降低和共济失调、如病变在大脑皮质则出现肌无力。舞蹈样动作是一种极快的、不规则的、跳动式的和无意义的不自主运动。舞蹈样动作常起于一肢，逐渐波及一侧，再扩展至双侧。舞蹈样动作以肢体近端最严重，且常上肢重于下肢。上肢各关节交替发生伸直、屈曲、扭转等动作，手指不停地屈曲和内收。下肢的不自主运动表现为步态颠簸，常常跌倒，躯干亦可绕脊柱卷曲和扭转。面肌亦可因舞蹈样动作而出现皱额、呶嘴、眨眼、弄眉、吐舌等。舌肌、咽肌、咀嚼肌、口唇和软腭的不自主运动可出现构音障碍和吞咽困难，亦可咬破舌肌。头部可出现左右摇摆或转动。本病的舞蹈样动作在活动或情绪激动时加重，睡眠时可消失。体查时可见肌力减退，肌张力降低，关节过伸，腱反射减弱或消失，病理怔阴性，深浅感觉正常。本病早期不易被发觉，常表现为注意力不集中，手中物体易跌落，步态不稳，动作笨拙等，症状常逐渐加重。本病可自愈。

本病可无全身症状，至后期可伴见发热、贫血、心脏扩大及心脏杂音，还可见关节肿大、皮下结节、扁桃体炎等。血沉加快，抗“○”增加，脑电图可出现轻度或中度弥漫性异常。

本病的诊断标准，1.以不自主舞蹈样动作（睡眠中可消失）、肌张力减

退、腱反射消失等为主症，有的可伴有精神障碍。2.呈缓慢或亚急性起病。3.多见于风湿性病史的儿童和少年，并有相应的症状、体征和实验室检查所见。4.脑脊液多正常，急性期可有白细胞计数增多。

本病的病因病机主要与虚风内动有关。外感风热之邪，久而不愈，热邪伤阴，阴血亏虚，血不养筋，虚风内动，则见肢体不规则的、快速的不自主运动，以上肢为重。阴血不足，心脉失养，神不守舍，则见注意力不集中，心神错乱。肝主藏血，阴血不足，肝失所藏，肝失疏泄，则可见烦躁易怒，情绪不稳。病程内久，阴虚生内热，则所见面色潮红、低热、口干渴。风热之邪，久而不退，挟湿痹阻关节经络，则可见关节肿大、疼痛。总之，本病病位主要与心肝二脏有关，病机主要为阴血不足，筋脉失养。

现代医学认为本病与种族和遗传有关。但本病常与风湿病密切相关，多为见湿热的一种表现。

[治疗]

一、中医治疗

（一）阴虚风动。

主证：注意力不集中，失眠、烦躁、哭笑无常，活动笨拙，手中物体易跌落，一侧或两侧肢体不规则舞蹈样动作，呶嘴、弄眉、吐舌、挤眼、面色不华、消瘦、步态不稳，口干、舌淡红、少苔、脉细或细数。

治法：滋阴养血熄风。

方药：三甲复脉汤加减。

生牡蛎 30 克，生鳖甲 30 克、生龟板 30 克，麦冬 15 克、白芍 30 克、阿胶 12 克、生地 30 克、炙甘草 12 克。

方解：生牡蛎、生鳖甲、生龟板养阴镇潜熄风；麦冬、白芍、生地、阿胶滋阴养血；炙甘草益气，调和诸药。

加减法：面色不华、消瘦、失眠、心悸加熟地 30 克、山茱萸 15 克、枸杞子 12 克；病程日久，舞蹈样动作明显者，可加全蝎 9 克、蜈蚣 2 条；头部扭动明显，加天麻 15 克；步态不稳，易跌倒者加牛膝 18 克、川断 12 克、桑寄生 12 克、杜仲 18 克；如情绪易激动加郁金 15 克、柴胡 9 克，香附 12 克。

（二）阴虚内热。

主证：病程较久，消瘦，面色潮红、低热、烦躁、手足不规则舞蹈样动作，口干渴，关节肿大或疼痛；咽痛；舌质红、苔薄黄或少苔，脉细数。

治法：清热养阴熄风。

方药：知柏地黄汤加减。

知母 12 克，黄柏 12 克，熟地 30 克，山茱萸 12 克，山药 30 克，丹皮 12 克，泽泻 12 克，茯苓 20 克。

方解：方中六味地黄汤滋肾养阴；知母、黄柏清退虚热。

加减法：低热者，可加银柴胡 9 克、胡黄连 9 克、丹皮 10 克、青蒿 9 克；咽痛，加牛蒡子 12 克、玄参 18 克；关节红肿疼痛，可加生石膏 30 克（先煎）、丝瓜络 12 克；口干渴加麦冬 9 克、天花粉 15 克、玉竹 18 克；手足不自主运动，可加全蝎 9 克、地龙 12 克、天麻 15 克、胆南星 9 克。

二、西医治疗

本病应首先防治风湿热。

1.青霉素 80 万单位，肌肉注射，每天 1～2 次，或用青霉素 480 万单位加入生理盐水或 5%葡萄糖液 500㎖ 中静脉滴注，每日 1 次，两周为一疗程，

如对青霉素过敏者，可选用红霉素治疗。

2.阿斯匹林 0.5～1.0g，口服，每日 4 次，于症状控制后减半用量，维持 6～12 周。

3.强的松 15～30mg，或地塞米松 0.75～1.5mg，早晨一次口服，疗程一般不超过 10 天。

舞蹈病发作期间，对不自主运动可选用：

1.氟哌啶醇，自每次 0.5mg 开始，每日 2～3 次口服，逐渐增加至不自主运动控制为止。

2.硝基安定 5～7.5mg，每日 3 次口服。

3.氯丙嗪，25～50mg，每日 3 次口服。

4.如躁动不安明显者，亦可采用安定 10mg，缓慢静脉注射。

5.可适量服用维生素 B 和维生素 C。

以上药物是成人剂量，儿童则应根据年龄大小适当减少。

（陈根成）

第十三节周期性瘫痪

周期性瘫痪是以反复发作的骨骼肌松驰性瘫痪为特征的一组疾病，发作时大都伴有血清钾量的变化。常见者为低钾性、高钾性和正常血钾型三种。本篇以描述前者为主。

周期性瘫痪在中医临床中属“痿证”的范畴。

周期性瘫痪的临床表现是：起病多在青年期，常在饱餐和激烈活动，寒冷，情绪激动时诱发。多于夜间起病，早晨发现肢体对称性瘫痪，两下肢明显，偶可逐步向上发展至上肢和整躯干，极少数累及颅神经支配的肌肉。发病初有口干，极少数小时内到高峰，持续数小时至数日后逐渐恢复。不定期发作，发作间歇肌力正常。

体征：检查见松驰性瘫痪，病肌饱满坚实，感觉正常，腱反射降低或消失，病理征阴性。

临床诊断依据是根据反复的发作过程，临床症状、体怔和血清钾降低，钾含量明显减少，心电图表 T 波低平、倒置、U 波出现、ST 段下降。有家族史者易诊断。

中医认为本病病位在脾，脾主四肢、肌肉，饮食不节，损伤脾胃。或寒湿泄泻，络脉不利。气血运行不畅，导致肌肉痿弱不用；或暑热季节，冒雨涉水，汗出过多。或久卧湿地，水湿入侵皮肉筋脉，以致筋脉驰缓不用；或素体脾胃虚弱，久病脾脉虚，脾失健运，气血生化之源不足。日久脾病及肾，脾肾两虚，皆可致肌肉痿弱不用。

西医认为正常人中，肌细胞外钾离子的减少使内膜趋向超极化，达到严重程度时，方发生瘫痪。在患者年膜处于轻度去极化状态，而很不稳定；餐后休息中，和激烈活动后休息中常发作。此时葡萄糖进入肝脏和肌肉细胞合成糖原；因代谢需要也将钾离子带入。使血液和细胞外液中含钾量略有降低，产生临床症状。

［治疗］

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.湿热浸淫。

主证：肢体软弱无力，行动不便，或发热，头身困重，口干口苦，纳差，大便溏，小便黄，舌质红，苔黄腻，脉数。

治法：清热利湿，舒筋活络。

方药：四妙散加味。

苍术 12 克，黄柏 12 克，牛膝 18 克，薏仁 30 克，秦艽 15 克，桑枝 15 克，海风藤 15 克，鸡血藤 30 克，茯苓 15 克，泽泻 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以黄柏、薏仁、茯苓、泽泻清热利湿；苍术燥湿；牛膝、秦艽、桑枝、海风藤、鸡血藤舒筋活络。加减法：发热口渴加石膏 30 克（先煎）、滑石 3 克（先煎）；纳差加藿香 12 克，佩兰 12 克。

2.脾胃虚弱。

主证：肢体软弱无力，行动不便，少气懒言，乏力，神疲，口淡，纳差，大便烂，舌淡，苔薄白，脉细弱。治法：健脾益气，调和气血。

方药：参苓白术散加减。

党参 30 克，白术 15 克，茯苓 20 克，山药 15 克，北芪 30 克，白芍 15 克，薏仁 30 克，砂仁 6 克（后下），当归 9 克，桂枝 6 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以北芪、党参、白术、茯苓健脾益气；山药、薏仁健脾渗湿；砂仁和胃；当归、白芍补血；桂枝温通经络。

加减法：气虚明显重用北芪 60 克；脾阳不足，四肢发凉，加熟附子 10 克、干姜 10 克；血虚明显加阿胶 12 克、首乌 30 克、鸡血藤 30 克。

3.脾肾两虚。

主证：日久反复发作，下肢软弱无力，甚则波及上肢，面色㿠白，形寒肢冷，颜面虚浮，腰膝痠软，下利清谷，小便清长，舌淡胖、苔薄白，脉沉无力。

治法：温补脾肾。

方药：右归饮加味。

熟地 15 克，山药 15 克，山茱萸 15 克，枸杞子 15 克，杜仲 15 克，肉桂 1.5 克，熟附子 1 克，补骨脂 15 克，桂枝 10 克，北芪 30 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以北芪、山药益气：熟地、山茱萸、枸杞子滋补肾阴；杜仲、肉桂、熟附子、补骨脂温补肾阳；桂枝温经通络。

加减法：下利清谷加肉豆蔻 12 克、五味子 6 克；纳差加茯苓 15 克、白术 30 克、麦芽 30 克。

（二）中成药治疗。

在上述辨证治疗的同时可选用如下中成药配合治疗。

1.证属湿热浸淫，口服利湿冲剂（本院制剂），每次 1 包，每日 3 次。野木瓜片，每次 3 片，每日 3 次。5%葡萄糖 250 毫升加清开灵注射液 40 毫升，静脉滴注，每日 1 次，10 天为一疗程。

2.证属脾胃虚弱，口服健脾渗湿冲剂（本院制剂），每次 1 包，每日 3 次。复方北芪口服液（本院制剂），每次 1 支，每日 3 次。络通片，每次 3 片，每日 3 次；5%葡萄糖 250 毫升加入参附注射液 20 毫升，静脉滴注，每日 1 次，10 天为一疗程。

3.证属脾肾两虚，口服益智健脾胶囊（本院制剂），每次 2 粒，每日 3 次。灵芝胶囊，每次 2 粒，每日 3 次。5%葡萄糖 250 毫升加参附芪注射液 40 毫升，静脉滴注，每日 1 次，10 天为一疗程。

二、西医治疗

发作时给予 10%氯化钾 30 毫升口服，如病情无好转，1 小时后再给予 30 毫升口服，病情开始好转后减量。病情重者，可用 10%氯化钾 30 毫升加于林格氏液或生理盐水 1000 毫升中静脉缓慢滴注，每日 1 次。

发作间歇期应少食多餐，忌高糖饮食，限制钠摄入，避免过劳，过饱、受寒、饮酒等激发因素。多食榨菜、芥菜等富含钾盐的蔬菜，或口服氯化钾 0.5 克/次，每日 3 次：或酰唑胺 250 毫克/次，每日 4 次；或螺旋内酯 20 毫克/次每日 2 次。

（杜宝新）

第十四节重症肌无力

重症肌无力是神经肌肉接头处传递障碍的慢性疾病，主要表现为受累骨路肌极易疲劳，经休息和服抗胆碱酯酶后部分恢复为特征。

本病属中医“痿证”范畴。单纯眼睑下垂型中医学称“上睑下垂”或“睢目”、“侵目”、“目睑下垂”、“睑废”等。

本病在临床上可见于任何年龄，40 岁以内发病者以女性为多；40 岁以上发病者以男性多见。中年以后发病者，胸腺肿瘤也较多见。本病肌肉受累以眼外肌最多。常见眼睑下垂、斜视或复视，双侧常不对称。如咬肌受累，常出现进食须中断，休息后再进食。如延髓各肌受累；常出现吞咽困难，进食咳呛，甚则不能进食，声音嘶哑，低沉。肢体无力以近端为重，肋间肌无力可出现呼吸困难，甚至呼吸肌麻痹。本病肌无力多于午后或傍晚加重，早晨或休息后减轻。如患者突然出现呼吸肌无力，以致不能维持换气功能者，称为危象，危象分为三种：（1）肌无力危象，为疾病发展所致，其特点是本病突然加重，增加抗胆碱酯酶药物剂量可改善症状。（2）反拗危象，其特点是在服用抗胆碱酯酶药物过程中，药物剂量未变，但突然失效。可能为神经肌肉接头终板的乙酰胆碱受体的敏感性降低所致。（3）胆碱能危象，其特点为使用乙酰胆碱酯酶药物过量，引起突触后膜持续去极化和冲动传递障碍所致。

本病除见有受累肌肉无力症状外，体检常无其他异常。

本病诊断首先可做疲劳试验，使病肌收缩，在短时间内出现无力或瘫痪，休息后肌力恢复者即为疲劳试验阳性。其次可进行药物试验，肌肉注射甲基硫酸新斯的明 0.5～1.0mg，15～30 分钟内症状好转。或氯化腾喜龙静脉注射 2mg，观察 20 秒，无反应亦无出汗，唾液增加等副作用，则用 30 秒的时间缓慢加至 8mg，1 分钟内症状暂时好转者为阳性。免疫等检查约 70%～93%重症肌无力患者可查出血清抗乙酰胆碱受体抗体。肌电图检查重复电刺激受累肌肉的运动神经，肌肉动作电位幅度逐渐降低，降低 10%以上可为肌无力提供诊断中医学认为本病主要与脾胃虚弱、中气不足有关，日久由脾及肾，出现脾肾两虚。脾胃为后天之本，气血生化之源，脾主四肢，主肌肉，脾胃虚弱，不能运化水谷精微以化生气血，以充养肌肉，故见眼睑下垂、复视、进食可因咀嚼无力而中断，中气不足，则见语声低哑，倦怠乏力，早轻晚重。

脾虚日久，累及于肾，而见脾肾两虚，常见肢体无力，四肢活动困难，动则胸闷心悸，气促，四肢不温，大便溏泄，阳萎遗精等症，总之，本病早期以脾胃虚弱为主，病久则以脾肾两虚多见。

西医认为本病的确切病因尚不清楚，目前倾向于认为因体内的横纹肌上的乙酰胆碱受体产生自身免疫反应所致。多数患者伴有胸腺增生或胸腺肿瘤，可能为早期的胸腺病变触发免疫反应所致。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.脾胃虚弱。

主证：眼睑下垂或复视，午后或傍晚加重，晨起即减轻或消失。短时间内反复眨眼即可使眼睑下垂加重。咀嚼无力，常在进食过程中因咀嚼无力而中断进食，休息后再进食。四肢倦怠无力，少气懒言，语声常因谈话较久而逐渐低弱，纳呆，舌质淡胖，苔薄白，脉弱。

治法：补中益气。

方药：补中益气汤加减。

黄芪 30 克，党参 20 克，白术 15 克，当归 9 克，陈皮 9 克，升麻 6 克，柴胡 6 克，甘草 6 克，茯苓 30 克，山药 30 克，枸杞子 12 克，阿胶 10 克（烊化）。

方解：方中黄芪、党参、白术、山药、茯苓健脾益气；柴胡、升麻升阳；当归、枸杞子、阿胶滋阴养血；陈皮理气化；甘草调和诸药。

加减法：痰多加半夏 12 克、石菖蒲 12 克；气虚甚者可重用黄芪或配合服用补中气丸 6 克，每日 3 次。

2.脾肾两虚。

主证：四肢无力，步履困难，腰膝瘘软，吞咽困难，头晕耳鸣，阳萎遗精。偏于阴虚者则见口干，手足心发热，舌质红，苔少，脉细数；偏于阳虚者则见四肢不温，动则气喘，面色苍白，舌质淡胖，脉沉迟。

治法：偏于阴虚行宜滋肾养阴为主，偏于阳虚者宜温肾助阳为主。

方药：偏于阴虚者，方选左归丸加减。

熟地 30 克，山药 3 克，山茱萸 12 克，枸杞子 12 克，菟丝子 15 克，鹿角胶 12 克，龟板胶 12 克，当归 9 克，黄精 30 克，沙参 30 克，麦冬 15 克，女贞子 12 克，白芍 30 克。

偏于阳虚者，方选右归丸加减。

熟地 30 克，山药 30 克，山茱萸 12 克，枸杞子 12 克，菟丝子 15 克，鹿角胶 12 克（烊化），杜仲 15 克，川断 15 克，肉桂 1.5 克（焗服），巴戟天 12 克，仙灵脾 12 克，党参 30 克，白术 15 克，熟附子 12 克。

方解：上二方中均用熟地、山药、山茱萸、枸杞子滋肾填精；偏于阴虚者用鹿角胶、白芍、龟板胶、当归以滋阴养血；黄精、沙参、麦冬、女贞子以益气养阴；偏于阳虚者，用杜仲、川断、巴戟天、仙灵脾、附子、肉桂以温肾助阳，强健腰膝；党参、白术以健脾益气。

加减法：如阴虚内热明显者，可在滋肾养阴基础上，加知母 12 克、黄柏 12 克以清虚热；如痰多，可加胆南星 6 克、天竹黄 10 克、浙贝母 18 克，以化痰。

（二）针灸治疗。

可选脾俞，肾俞，关元，气海，足三里，手三里，三阴交。眼睑下垂可选攒竹，睛明，太阳。咀嚼无力可选颊车，地仓，人中。四肢无力，可灸气海，关元，足三里。

二、西医治疗

1.抗胆碱酯酶剂。

（1）溴化新斯的明，口服，每日 15～60mg，每日 3～4 次，可自小量开始，无效渐加量，如出现恶心、呕吐、腹痛、唾液增多等反应，可用阿托品对抗。

（2）吡啶斯的明，口服，每日 60mg，每日 3～4 次。用法及毒副作用处理同上，本品副作用较少，较为常用。

2.肾上腺皮质激素。

此疗法常在开始应用后出现原有症状加重，所以须住院进行，必要时气管切开。此法可自小剂量递增，也可大剂量递减，常用隔日疗法。先用大剂量者可隔日给强的松 100mg，症状加重多在两周内发生，持续数日至十余日，改善阶段多在一个月内开始，待症状明显好转后缓慢减量，同时应用抗胆碱酯酶剂者也可减量，甚至停服。自小剂量递增者，发生症状加重的机会较少，但具体发生时间难于估计。使用肾上腺皮质激素者应注意消化性溃疡发生的倾向。

3.危象的处理。

发生危象时应积极抢救，施行气管切开和人工呼吸，注意吸痰以防窒息，对肌无力危象，可肌注新斯的明 0.5～2mg，必要时可定期重复使用，然后调整为合适口服剂量。对胆碱能危象，应立即停用抗胆碱酯酶剂，并静脉注射阿托品 0.5～2mg，每 15～30 分钟重复一次，直至滕喜龙试验阳性后，再给适量口服剂。对于反拗危象，应停用抗胆碱酯酶剂，2～3 天后再从小剂量开始应用抗胆碱酯酶剂，并注意维持水、电解质及酸碱平衡。

4.手术治疗。

胸腺切除是治疗重症肌无力的主要方法之一，适应症：（1）全身型无手术禁忌症者。（2）对抗胆碱酯酶剂反应差，治疗无效者。（3）伴发胸腺肿瘤者。

（陈根成）

第十五节进行性肌营养不良症

进行性肌营养不良症是一组原发于肌肉组织的遗传变性疾病，特点是进行性加重的肌无力和萎缩或假性肥大。

进行性肌营养不良症在中医临床中属“五迟证”、“痿证”的范畴。

进行性肌营养不良症主要的临床表现是渐进性肌肉无力和萎缩。不同类型的进行性肌营养不良症，在遗传特性、发病年龄，病肌分布，进展速度方面均有区别。假性肥大型：最为常见，男性儿童多见，首发症状是骨盆带肌肉无力，表现为走路缓慢、易跌、登楼困难，多伴有肌肉的假性肥大。肢带型：起病年龄 20—30 岁，进展缓慢，主要是骨盆带及肩肿带肌群。面肩肱型：多见于成年人，主要侵犯面肌，肩胛肌及上臂肌，呈特殊的“肌病面容”。亦有只侵犯眼肌及吞咽肌，称为眼咽肌型。

体征：“鸭步”、“Gowers 征”、“翼状肩胛”、腓肠肌及三角肌”假

性肥大”。

临床诊断依据是：1.典型的发病年龄，遗传性家族史；2.缓慢进行加重的肌无力，特征性分布的肌萎缩；3.血清酶类中：CPK、IDH、ALS、SGOT、SGPT均有增高，肌电图和肌肉活检可进一步协诊。

进行性肌营养不良症，多见于儿童，且有家庭遗传，中医学认为本病之病因与先天胎禀不足，后天失养有关，病位在肝、肾与脾。父母之精血亏虚，繁衍之后代肾精不足，肾气不充，脏腑不得肾精之滋养而见“五迟”，主要表现于行迟、立迟或肌肉软弱无力。肾精有赖于后天水谷精微不断补充，脾主肌肉、四肢，后天脾胃虚弱则肌肉失养，渐见大肉削脱，身重无力，此谓痿证中之“肉痿”。肝主筋，肾精亏虚致肝阴不足，则筋脉失养，表现为诸筋松驰，软弱无力，此谓痿证中之“筋痿”。肾生髓、主骨，为作强之官，肾精亏虚表现为腰痛驰软，走路摇摆，动作不灵，此谓痿证中之“骨痿”。

西医认为本病的发病主要原因是遗传性异常。目前较多的研究认为，由于遗传性肌细胞的某种代谢缺陷，致使肌纤维膜的结构与功能发生改变是该组疾病的致病机理。

[治疗]

一、中医治疗

（一）主方加辨证论治。

本病主要病因在于先天胎禀不足和后天脾胃失运，故其辩证关键在于脾肾两虚。

主证：渐进性筋脉驰缓无力和肌肉萎缩，舌质淡苔白，脉沉细无力。

治法：主要以健脾补气、补肾精、强筋骨为治法结合辩证论治。

方药：益气强筋饮（自拟方）。

黄芪60克，党参30克，白术15克，紫河车15克，鹿角胶12克（烊化），龟板胶12克（烊化），芡实30克，莲子肉15克，淫羊藿12克，锁阳12克，巴戟天12克，杜仲15克，菟丝子15克。每日1剂，水煎服。

方解：本方以党参、黄芪益气；紫河车、龟板胶、鹿角胶、菟丝子以补肾精，壮肾阳为主药；配以芡实、莲子肉以健脾固肾以实肌肉；淫羊藿、巴戟天、杜仲、锁阳以强壮筋骨，共奏健脾补气，补肾强筋壮骨之功效。

辨证论治：

1.肉痿者：主证兼以肌肉削脱，身重无力为甚，伴见形瘦，面色苍白，气短，纳差，便溏，舌状淡嫩，苔白，脉细弱。

加减法：以主方为主，加用补中益气丸6克，每日3次。便溏，去龟板加砂仁6克，蚕砂9克，或附桂理中丸6克，每日2～3次。

2.筋痿者：主证兼诸筋驰缓软弱、肌颤，伴有头晕、头胀、肢体麻木。

加减法：以主方为主，加用六味地黄丸6克，每日3次，龟鳖丸2粒，每日3次。

3.骨痿者：主证兼走路摇摆，腰背驰软，蹲下站立困难，动作不灵，伴四肢不温，夜尿多。

加减法：加用健步虎潜丸6克，每日3次，金匮肾气丸6克，每日3次。

典型病例：

孙某，男性，9岁，以双下肢进行性无力，肌肉萎缩3～4年。行走缓慢，步态不稳，易于绊跌，登楼困难，腰背驰软，面色腰膝痠软白，纳呆，夜尿多，偶有遗尿，舌淡苔白脉沉细。查体：鸭步，肩胛带肌轻度萎缩，骨盆

带肌萎缩明显，三角肌及腓肠肌呈现假性肥大。肌电图呈肌原性损害，CPK、SGPT、LDH 均显著升高。本证属脾肾两虚，拟益气强筋饮加减治疗。处方黄芪 40 克，党参 30 克，白术 15 克，紫河车 15 克，莲子肉 15 克，淫羊藿 12 克，锁阳 12 克，杜仲 15 克，金樱子 12 克。每日 1 剂，水煎服，连服 4 个月，配合口服 ATP、VitE，肌注胎盘注射液，肌无力症状改善，不易跌倒。

（二）针灸疗法。

主证：四肢筋肉驰缓无力和肌肉萎缩。

治法：健脾、补益肝肾。

选穴：上肢取手阳明大肠经喻穴为主，如肩髃、曲池、合谷、阳溪。下肢取足阳明胃经腧穴为主，如解溪、髀关、梁丘、足三里。

治疗方法：用补法或灸法。肝肾阴亏加肝俞、肾俞、悬钟、阳陵泉。脾肾亏虚加脾俞、肾俞、血海。

（三）穴位注射疗法。

1.VitB1 和 VitB12 注射液穴位注射疗法。

主证：进行性肌肉削脱，无力。

治疗方法：在双侧足三里或脾俞穴分别注入 VitB1 和 VitB12 注射液 2 毫升，每日 1 次，连续 15 天为一疗程，治疗 1～2 疗程。

2.胎盘注射液穴位注射疗法。

主证：肌肉削脱无力，腰背驰软，夜尿多。

治疗方法；在双侧肾俞穴分别注射胎盘注射液 2 毫升，每日 1 次，连续 15 天为一疗程，治疗 2～3 疗程。

（四）静脉给药。

1.盐酸川芎嗪注射液。

主证：进行性肌营养不良，兼腓肠肌及三角肌“假性肥大”，发硬者。

治疗方法：用盐酸川芎嗪注射液 120 毫克加 5%～10%葡萄糖 500 毫升静脉滴注，每日 1 次，15 天为一疗程。

2.参附注射液。

主证：进行性肌营养不良晚期患者。

治疗方法：用参附注射液 20～40 毫升加入 5%～10%葡萄糖 500 毫升静脉滴注，每日 1 次，15 天为一疗程。

二、西医治疗

进行性肌营养不良症目前尚无有效治疗措施，可以试用以下方法。

（一）药物治疗。

1.加兰他敏：2.5㎎ 肌肉注射，每日 1～2 次。若有疗效，常在第 3～4 周出现。1 个月为 1 疗程，亦可间断反复应用。

2.肌生注射液：400～800㎎ 肌肉注射，每日 1～2 次。1 个月为 1 疗程。

3.胰岛素葡萄糖治疗。皮下注射正规胰岛素，第 1 周每日 416ü，第 2 周每日 8ü，第 3 周 12ü，第 4 周 16ü，于每日清晨注射胰岛素后 1 小时内口服葡萄糖 50～100 克，有效者可于间隔 2～3 个月重复治疗 1 个疗程。

4.亦可选用 ATP、VitE、肌苷等。

（二）适当体育锻炼，配合按摩、理疗，有助于改善肢体功能，延缓残废时间。常做深呼吸运动可以延缓肺活量的减退。

（杨志敏）

第十六节肌萎缩侧索硬化症

肌萎缩侧索硬化症是涉及整个神经系统骨骼肌运动神经元都有损害的慢性、进行性的变性疾病。以起病隐袭，渐进性肌无力、肌萎缩、肌束颤动、肌挛缩及腱反射亢进，病理性神经反射阳性而无客观的感觉障碍为主要特点。

肌萎缩侧索硬化症在中医临床中属“痿证”、“拘证”等范畴。

肌萎缩侧索硬化症的临床表现主要是起病缓慢，进行性发展，首发症状多为肌无力、肌萎缩，后合并有肌纤维颤动、肌挛缩。初期最常见的发病征象是手部小肌肉的萎缩和无力（大、小鱼际肌、骨间肌萎缩）。然后逐步出现上肢近端及下肢肌肉萎缩，后期可波及延髓等。延髓受累时则出现声音嘶哑、言语不清、吞咽困难等球麻痹症状，最后可因合并感染而危及生命。

临床诊断依据：隐性起病、缓慢进展的肌无力、肌萎缩、肌挛缩及其所在肢体的腱反射亢进、病理性神经反射阳性，并且无明显的客观感觉障碍，结合血清酶测定、肌电图及肌肉活检等检查可作出诊断。

肌萎缩侧索硬化症的病因病机，中医学认为与先天因素、六淫外侵、劳倦内伤等多种因素有关，病位在肝、脾、肾，表现为本虚标实之证。有肝肾阴虚、脾肾阳虚，或者气阴两虚，或阴阳两虚。常与血瘀、痰湿、风痰、湿热等邪相夹杂。迁延日久，或失于调养，势必正气日衰，邪气日深，更有外邪侵袭，必然正不能胜邪而危及生命。

西医认为本病的病因至今还不清楚，可能与“慢病毒”感染、免疫、重金属中毒、植物毒素的影响、代谢障碍、内分泌因素、酶缺乏及缺氧有关。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.肝肾亏虚。

主证：肢体筋脉拘急动惕，肌肉萎缩无力，关节伸屈不利，动作笨拙，伴眩晕，耳鸣，腰膝痠软，咽干，口苦，大便结，尿黄，舌质红或淡红，薄黄苔，脉细弦。

治法：养肝、柔筋、益髓。

方药：益髓柔筋汤（自拟验方）。

何首乌 30 克，阿胶 12 克（烊化），龟胶 12 克（烊化），紫河车 12 克，续断 15 克，杜仲 15 克，鸡血藤 20 克，白芍 20 克，生地黄 20 克，玉竹 20 克，肉苁蓉 20 克，甘草 6 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中何首乌、白芍、鸡血藤、阿胶养肝以柔筋；龟胶、紫河车、续断、杜仲固肾益髓以强肌；生地、玉竹养阴润燥；肉苁蓉益肝肾、润肠通便；甘草和诸药共奏养肝柔筋益髓之功。

加减法：眩晕加天麻 12 克、钩藤 20 克；肌肉惕动加地龙、川木瓜 15 克、乌梢蛇 15 克；咽干加天门冬 15 克、麦冬 15 克、玄参 12 克，或知柏地黄丸；大便秘结加厚朴 15 克、火麻仁 15 克；气虚加黄芪 30 克、党参 20 克。

2.脾肾亏虚。

主证：形体瘦游，肢体拘挛，指甲枯槁，肌肉削脱，关节屈伸不利或行走不能，舌体萎缩震颤，甚至吞咽困难，气短息微，头昏目眩，腰膝痠软无力，腹胀，纳呆，便溏，舌质淡红，白浊苔或薄白苔，脉沉细或脉微细。

治法：补脾益肾。

方药：起痿汤（自拟验方）。

黄芪 60 克，党参 30 克，茯苓 15 克，白术 15 克，鹿角胶 12 克（烊化），巴戟天 12 克，淫羊藿 12 克，菟丝子 20 克，白芍 20 克，枸杞子 15 克，砂仁 6 克（后下），甘草 6 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中以党参、黄芪、白术、茯苓健脾补气以强肌；鹿角胶、菟丝子、巴戟天、淫羊藿、枸杞子补肾益髓以起痿；砂仁以理气醒脾助运化。诸药合用共奏补脾益肾起痿之功。

加减法：目眩加天麻 12 克；肢体拘挛加全蝎 6 克、蜈蚣 3 条、白芍 15 克、甘草 9 克以柔筋缓急；吞咽困难加法半夏 12 克、竹茹 15 克；气短息微选参附注射液静脉滴注；便溏加扁豆 15 克、泽泻 15 克。

（二）针灸治疗。

1.体针。

主证：神疲肢倦，手足无力，并伴有肌肉蠕动、肌萎缩，严重者可呈鹰爪等，伴有舌肌蠕动，舌肌萎缩，吞咽困难等症状。

治则：健脾益气、调补肝肾、温养经络。

取穴：“治痿独取阳明”，因此体针以阳明经穴为主，配以华佗夹脊，大椎穴，脾俞、肾俞以健脾补肾、养血柔肝、疏通督脉以补益脏腑之气。

主穴：上肢取肩髃、曲池、合谷、阳溪。下肢取髀关、梁丘、足三里、解溪。背部取华佗夹脊、大椎、脾俞、肾俞、命门、肝俞等穴。

加减法：手呈鹰爪状加劳宫、大陵、少府、内关以养血柔筋，并配以肌萎缩部位的远近经穴，增强疏筋恬血通络之效，根据临床辨证加减，手法宜轻，多用平补平泻法，每天针灸 1～2 次，10 天一疗程。

2.耳针：可取肾、脾、命门、肝、内分泌等穴配合治疗，小幅度轻捻转或埋针治疗。

3.头皮针：可取运动区中部或上部，小幅度捻转。

（三）按摩推拿治疗。

上肢按揉肩髃、尺泽、曲池、手三里、合谷等穴。拿肩井、臂臑、手三里、合谷部肌筋，搓揉臂肌来回数遍。

下肢按揉环跳、风市、腰阳关、足三里、委中、犊鼻、解溪等穴，拿阳陵、承山、昆仑肌筋，揉捏伏兔、承扶、殷门部肌筋，搓揉股肌及下肢肌肉来回数遍。手劲刚柔并济，以轻柔为主。因为虽然按摩、推拿能辅助治疗，能被动活动患肢，可以防止肢体挛缩，但剧烈的活动、用力以及过于积极的物理疗法反会使病情加重，故临床上推拿、按摩的手法均以轻柔为主。

（四）中成药治疗。

1.静脉给药。

（1）盐酸川芎嗪注射液：120 毫克加入 5%或 10%葡萄糖溶液 500 毫升中，静脉滴注，每日 1 次，14 日为一疗程，适用于肌萎缩侧索硬化症之瘀滞脉络证。

（2）参麦注射液：40～60 毫升加入 10%葡萄糖溶液 250～500 毫升中，静脉点滴，每日 1 次，14 日为一疗程。适用于肌萎缩侧索硬化症之各证型。

（3）参附注射液：20～40 毫升加入 5%或 10%葡萄糖溶液 500 毫升中，静脉滴注，每日 1 次，14 日为一疗程，适用于肌萎缩侧索硬化症之元气虚败之症。

2.口服剂。

（1）龟鹿补肾液：每次 1～2 支，每日 3 次，15 天为一疗程，适用于脾肾亏虚之证。

（2）虎潜九、每日 1 次，日服 2 次，淡盐汤或温开水送服，以滋阴降火，强壮筋骨，适用于肝肾亏虚证。

（3）复方北芪口服液：每次 10～20 毫升，日服 2～3 次，以益气养血通络，补肝肾、益脑髓，适用于气血亏虚、肝肾不足之证。

（4）金牡蛎胶囊：每次 1～2 粒，日服 3 次，以滋阴益气、养血安神。适用于阴亏气弱，血少体虚者，作为辅助剂。

肌萎缩侧索硬化症，至今原因不明，尚无肯定的有效治疗方法。有人统计此病有 20%的病人，疾病平坦期可持续相当时间，有时为永久性的，50%的病人大约在 3 年之内死亡，20%的病人可生存 5 年以上，10%的病人可以生存 10 年以上，因此如何能抑制病情的发展，仍是一大难题。在没有新的治疗突破以前，笔者重于：①综合性探索、开拓思想，不局限于一种病因，一种机理，一方一法之治疗，应多因素多渠道进行探索性治疗。②大补脾肾。肾为先天之本，肾主骨、生髓，脑为髓之海，肾与神经、免疫紧密相关。脾为后天之本，主肌肉、主四肢，亦与免疫及抗病能力密切相关。③重用虫类、动物类药物，如全蝎、蜈蚣、乌梢蛇、鹿茸，阿胶、鹿角胶、龟胶、紫河车之类。可用蛇（最好是毒蛇）加黄芪炖水常服。④试用尿法。坚持饮用新鲜的健康童子尿。⑤树立信心，保证营养，劳逸结合，预防各种传染性疾病。

二、西医治疗

肌萎缩侧索硬化症，西医目前仍无有效的治疗方法，多采取对症及支持疗法，保证充分营养，并给予神经营养性药物，增强体质、预防感染等并发症。如给予 B 族维生素及维生素 E 口服；ATP 和辅酶 A 肌肉注射。肌张力明显增高时可服用安定 2.5—5 毫克，每日 3 次，也有报道服用氯苯氨丁酸（Bacloen）对缓解肌张力增高有效。

可应用低能量氦氖激光血管内照射治疗本病，以改善微循环，提高机体免疫力，起到解毒法瘀，活血通络的作用，以提高疗效，每日 1 次，10 次为一疗程。

若出现球麻痹、吞咽困难时可给予鼻饲或胃造口术、食道造口术等，以维持营养。

同时应注意肺部并发症的防治。如果出现呼吸肌麻痹时，可给予呼吸机、吸氧等治疗措施，以延长生命，必要时作气管切开，以利于吸取气管内分泌物及便于长期人工呼吸。

（刘芪才陈叶卫平）

第七章血液系统疾病

第一节缺铁性贫血

缺铁性贫血是贫血中最常见的类型，具有低色素小细胞性、血清铁减少等特点。

缺铁性贫血在中医临床中属”黄肿”证范畴。任何年龄均可发病，女性多于男性。

缺铁性贫血主要的临床表现是发病缓慢，逐渐出现头晕、目眩、耳鸣、乏力、易倦、活动后心慌、气短、食欲减退、腹胀、腹泻等症状。严重铁缺乏时的营养障碍表现。

体征：粘膜组织变化：如口角皲裂、口腔炎、舌炎、浅表性胃炎、萎缩性胃炎等，又可有吞咽困难和异食癖等。皮肤和指甲变化：如皮肤干燥、发皱和萎缩，毛发干燥、变脆、易断、脱落，指甲扁平、变脆、反甲等。脾脏肿大：约有 10%的病例脾脏轻度肿大，贫血治疗后，脾脏即缩回。

隐匿性缺铁性贫血，多为女性，表现月经过多，易疲劳，脱发，指甲脆薄易裂，舌边碎痛等。血情铁正常或低下，35%的妇女血红蛋白正常，但铁储备缺乏。

临床诊断依据是以铁缺乏引起的低色素小细胞性贫血，小红细胞增多和低色素性是缺铁性贫血的诊断要点。

中医学认为缺铁性贫血病位在脾，与肝相关；其病因为脾虚、血少；其病机为脾夫健运，气血生化不足。人体营血循行于脉络之中，有余则颜色红润，营气流露于外。不足则五脏六腑、四肢百骸莫不失养。血气不荣于外，故见面色萎黄、缺华泽，指甲、口唇、舌、面等处颜色淡白。肝失血养，老见头晕目眩；爪为筋余，不足则脆薄易裂。肾失血养，症见耳鸣乏力；腰膝为肾之外府，不足则瘦软不能久立。心、肺失养，症见活动后心悸、气短。发为血余，营血不足，症见皮毛干枯脆缩之证。脾虚运化无权，症见胃纳呆，腹胀。面色萎黄，系脾虚真脏色外露。面肢浮肿，实质为脾虚不能输布津液，水湿潴留之故。脾胃为后天生化之源，营气又出中焦，故脾虚为本病证之根本。土气寄旺子四时，故健脾可补益营血，消除四脏之虚而诸证消失。实验室检查缺铁，矾铁能制肝伐木，古人早用铁剂治疗。

西医学认为本病的发病主要原因是体内的储存铁耗竭后，不足以供合成血红蛋白之用，就发生缺铁性贫血。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.脾气虚型：

主证：面色萎黄，肢体浮肿，气短乏力，纳少腹胀，大使溏泻，舌淡苔白，脉缓细弱。

治法：健脾益气，调理气机。

方药：香砂六君子汤。

党参 15 克，白术 12 克，茯苓 12 克，炙甘草 6 克，法半夏 12 克，陈皮 6 克，木香 6 克（后下），砂仁 6 克（后下）。

方解：本方以党参健脾益气、白术健脾燥湿，茯苓健脾渗湿；炙甘草补

中和胃；陈皮，法半夏燥湿化痰，木香、砂仁芳香醒脾，和胃畅中，共奏健脾益气，调理气机之功。

加减法：如畏寒肢冷时，可加熟附子 12 克（先煎），炮姜 6 克以温阳祛寒。

典型病例：

林××，男性，30 岁，广州市白云区人。患者有贫血史 8 年，面色萎黄，皮肤干燥，肢体浮肿，胃口差，腹胀，大便溏泻；自觉头昏眼花，气短乏力，畏寒肢冷，舌状淡苔白，脉缓细。血象：血红蛋白 80 克/L，红细胞 3.0xl012/L，血清铁 35 微克%。查粪：有钩虫卵、蛔虫卵等。

本证属脾气虚型，拟香砂六君子汤加味治疗。处方：党参 15 克，白术 12 克，茯苓 12 克，炙甘草 6 克，法半夏 12 克，陈皮 6 克，木香 6 克（后下），砂仁 6 克（后下），熟附子 12 克（先煎），炮姜 10 克，每日 1 剂，连服 15 剂。加服肠虫清，每晚 2 片，隔晚再服，共 2 次。硫酸亚铁丸，每次 0.3～0.6 克，日 3 次。上方随证加减，服 30 剂后复查，症状消失，血象恢复（血红蛋白上升至 120 克/L，红细胞 6.2xl012/L，血清铁上升至 155 微克%）。

2.气血两虚型：

主证：头晕目眩，神疲乏力，口唇淡白，心慌气短，心悸怔忡，失眠多梦，食欲减退，语声低微，手足麻木，经水少，色淡如水，舌淡嫩，脉细弱乏力。

治法：气血双补。

方药：八珍汤合当归补血汤加减：

党参 15 克，白术 12 克，黄芪 30 克，当归 15 克，白芍 12 克，熟地黄 20 克，陈皮 9 克，炙甘草 5 克，大枣 5 枚，神曲 15 克，鸡内金 12 克。

方解：本方以党参、白术、炙甘草健脾益气，黄芪补气生血，当归、熟地黄和血补血滋阴，白芍养血柔肝，陈皮理气行气，神曲、鸡内金健脾和胃消滞，大枣补脾胃，益气血，调营卫。其奏健脾益气，补血和气，达到气血双补之功。

加减法：月经过多或崩漏不止，可加阿胶 12 克（烊化），艾叶炭等以补血止血。

典型病例：

李××，女性，34 岁，广州郊区农民。患者有 12 年贫血史，面色萎黄，肢体浮肿，皮肤枯燥，转甲淡白，胃纳差，腹胀；自觉头晕眼花，耳鸣，四肢乏力，手足麻木感，心悸、失眠多梦，月经过多，色淡。心脏听诊，心尖区有Ⅳ级收缩期吹风样杂音。舌质淡嫩，脉细弱无力。血象：血红蛋白 50 克/L，红细胞 1.8×10^{12}/L，血清铁 25 微克%等。本证经辨证属气血两虚型，拟八珍汤合当归补血汤加味治疗。处方：党参 15 克，自术 12 克，黄芪 30 克，当归 15 克，白芍 12 克，熟地黄 20 克，陈皮 9 克，炙甘草 5 克，神曲 15 克，鸡内金 12 克，阿胶 12 克（烊化），艾叶 15 克。随证加减治疗 5 个月后，病情逐渐明显好转，症状消除，血象恢复（血红蛋白上升至 110 克/L，红细胞 4.0×10^{12}/L，血清铁上升到 140 微克%）。逐渐恢复原来工作。

（二）中药专方治疗（黄病效药丸）。

方药：明绿矾 10 克，醋煅针砂 15 克，山药 10 克，红枣 20 枚。先将红枣煮熟，去皮核。再将明缘矾、针砂、山药研为细末，与枣肉捣和为丸，如绿豆大，晒干备用。每次 0.5～1 克，日服 2—3 次。白开水送服。

方解：本方源于《医学正传》之绿矾与煅针砂同用，加红枣、山药健脾和胃。绿矾既能补血，又能燥湿杀虫，《金匮要略》黄疸篇中治女劳疸之硝石矾石散，其中矾石即是绿矾。现代药理试验证实，绿矾含硫酸亚铁，治贫血有确切疗效；针砂即打铁落下之细铁屑，能平肝镇惊，《现代实用中药》谓其能镇静、补血。药理试验证实针砂含有四氧化之铁，能补充铁质，治缺铁性贫血和钩虫病甚佳。

二、西医治疗

（一）铁剂治疗。

目前国内外最常用的治疗方法是口服硫酸亚铁或葡萄糖铁，每次剂量 0.2 克或 0.3 克（含铁约 120～180 毫克），每日 3 次。少数病人服用铁剂后可有胃部不适，腹痛，腹泻，甚至恶心，呕吐，对这种病例可将原用剂量减少一半，然后逐渐加大至常用量。于进食时或饭后服用也可以减少对胃肠道的刺激。婴幼儿因不便服用药片，可用硫酸亚铁的溶液，加糖浆调味。每日剂量为 0.1 克，体重 16—35 公斤的儿童，可服用成人剂量的一半，35 公斤以上者按成人剂量给药治疗。

铁剂注射剂由于反应多、副作用严重，目前少用。

（二）其他治疗。

维生素 C 虽有促进铁吸收的作用，但在治疗上并非必要。口服亚铁盐时每次必须同时服稀盐酸。维生素 B12、叶酸及肝注射剂等对缺铁性贫血均无效。

大多数病人经铁盐治疗后进步很快，故一般病人不需要输血。

（肖明藩）

第二节再生障碍性赘血

再生障碍性贫血是骨髓造血功能障碍或衰竭导致全血细胞减少的疾病，简称“再障”。再障在中医临床中属“血证”。“虚劳”及“虚损”等范畴。早在《黄帝内经》一节中已有详细论述。

再障的主要临床表现是进行性贫血，出血、反复感染。急性型者，发病急剧，常以出血及感染为首起及主要表现。皮肤粘膜出血及内脏出血二者兼有，常伴严重感染（如肺炎、败血症等）。慢性型者，起病缓慢，多以贫血为首起及主要表现。出血多限于皮肤粘膜，内脏出血少见，感染较轻，多表现为口腔、咽峡溃疡和颈部疖、痈等。

体征：各型病例的基本体征大致相似，肝、脾、淋巴结一般不大，心脏可因贫血而发生扩大，心尖区可闻收缩期吹风样杂临床诊断依据：有接触损害骨髓造血组织的化学、物理、生物等因素的病史；并出现相应的临床症状，无明显肝、脾、淋巴结肿大的体征，周围血象表现“三少一多”（即红细胞、粒细胞及血小板减少，淋巴细胞相对增多），组织红细胞减少或消失，多部位骨髓穿刺检查至少有部分增生不良，对一般抗贫血药物治疗无效。

中医学认为再障病位在心、肝、脾、肾，尤以脾肾关系密切。本病病机在于骨髓造血功能障碍。肾为先天之本，主骨生髓。若肾精不足，则骨髓不充；脾为后天之本，气血生化之源泉，若脾肾虚衰则不能温养脏腑；心气虚则令血行缓慢而瘀滞，脾虚则统摄无能，肝虚则不能藏血，致使血溢于脉外而为出血；肺气虚则易感外邪而感染发病。

西医认为本病发生的主要原因是由化学、物理、生物等因素或不明原因所致的骨髓造血干细胞及造血微环境损害，致使红骨髓被脂肪所替代，导致造血功能部分或全部衰竭的一组综合症。

［治疗］

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.肾阴虚型（急性型或部分慢性型）。

主证：面色苍白、心悸、气短、乏力、盗汗，手足心热，口渴思饮，出血，便干，舌红，苔薄少，脉细数。

治：滋阴补肾，益髓养血。

方药：再障Ⅰ号。

菟丝子 12 克，女贞子 12 克，杞子 15 克，何首乌 15 克，生地黄 15 克，山茱萸 10 克，桑椹 15 克，黄精 12 克，旱莲草 15 克，补骨脂 15 克，肉苁蓉 10 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以菟丝子、女贞子、枸杞子、何首乌、熟地黄滋阴养血补肾；山茱萸、桑椹填补精血；生地黄、旱莲草清热凉血；补骨脂、肉苁蓉补肾益精；诸药共奏滋阴补肾、清热凉血之功。

加减法：若咽喉肿痛、口腔糜烂者，可加黄芩 15 克，山豆根 12 克，牛蒡子 12 克，马勃 9 克；若咳嗽痰多，痰液黄稠者，可加黄芩 15 克，鱼腥草 30 克，芦根 15 克；若腹痛腹泻、便有脓血者，可加黄芩 15 克，黄连 12 克，秦皮 15 克，白头翁 15 克，尿频、尿急、尿痛或血尿者，可加黄柏 12 克，栀子 12 克，瞿麦 15 克，萹蓄 12 克，大蓟 15 克，小蓟 15 克；若皮肤紫斑，皮下血肿、鼻衄、咯血、吐血、血便等出血不止者，可加仙鹤草 30 克、藕节 12 克、侧柏叶 12 克、白及 12 克、白茅根 30 克、槐花 12 克、三七末 1.5 克（冲服）等；口干加玄参 15 克，盗汗加浮小麦 30 克，地骨皮 12 克。

典型病例：

余××，女性，23 岁，从化县人，农民。患者 6 个月前出现面黄、乏力、鼻衄、皮肤瘀点、瘀斑。曾在某医院诊断为“再障”，经用西药（药名不详）治疗 3 月余，病情不见好转，三天前来我院求治，当时证见患者面色无华，头晕、心悸、盗汗、乏力、腰痠、口干、耳鸣、潮热颧红，五心烦热，月经量多，时有鼻衄、齿衄，皮下有散在瘀斑，舌红少津无苔，脉细数。血液检查：血红蛋白 40g/L，白细胞 2.9xl09/L，中性球 0.30，淋巴球 0.70，血小板 40X109/L，组织红细胞 0.3%，骨髓穿刺符合慢性再障。

本证属肾阴虚型，拟再障Ⅰ号加减治疗。处方：菟丝子 12 克、女贞子 15 克、枸杞子 15 克、何首乌 15 克、山茱萸 10 克、旱莲草 15 克、仙鹤草 15 克、三七粉 1.5 克（冲服）、玄参 15 克、浮小麦 30 克，水煎服，每日 1 剂。连服 5 天，头晕心悸减轻；齿衄、鼻衄、盗汗停止，皮肤瘀点渐渐消退。随后，每服 5 天、停 2 天，结合加减治疗 6 个月，服中药 120 剂。复查血象：血红蛋白 120g/L，白细胞数 5.0xl09/L，中性球 0.55，淋巴球 0.45，红细胞 4.2xl012/L，血小板 120xl09/L，组织红细胞 0.1%，骨髓象恢复正常，症状消失，基本痊愈。

2.肾阴虚型。

主证：面色苍白、头晕心悸、四肢不温，背恶风寒，腰痠腿软，食少便清，夜尿多，舌淡胖嫩，苔薄白而润，脉沉细或缓。

治法：温补脾肾，益气生血。

方药：再障 II 号。

当归 10 克，白芍 15 克，白术 10 克，川芎 5 克，熟地黄 15 克，党参 15 克，麦门冬 10 克，肉桂 3 克（焗服），熟附子 6 克，肉苁蓉 10 克，制半夏 10 克，黄蔑 15 克，茯苓 15 克，加生姜 3 片，大枣 10 枚。每日 1 剂、水煎服。

方解：本方以当归、川芎，熟地黄、白芍、北芪、党参、白术、茯苓双补气血；肉苁蓉、熟附子、肉桂补肾温阳；麦门冬益养肾阴；制半夏、大枣和胃健脾。诸药共奏温补脾肾，益气养血之功。

加减法：若红细胞减少为主者，加阿胶 12 克（烊化）、红参 9 克（另炖）、皂矾 0.5 克；白细胞减少为主者，加穿山甲 12 克（先煎）、鸡血藤 15 克、补骨脂 15 克、花生衣 12 克；血小板减少为主者，加三七末 1.5 克（冲服）、肺树叶 12 克、石苇 15 克、仙鹤草 30 克；妇女月经过多者，加山茱萸 15 克、茜草根 12 克、龙骨 30 克（先煎）、牡蛎 30 克（先煎）。

典型病例：

徐××，男，50 岁，清远人，油漆工人。头晕目眩，心悸怔仲，齿、鼻衄血，时见皮下瘀斑 5 个月。曾在数家医院间断性治疗，病情未见好转而到我院就诊。证见病者面色灰败如泥，全身下肢散在大小出血斑点，四肢发凉，舌质淡，苔白而润；脉沉细。检查：神清、双肺呼吸音稍弱，未闻啰音，心率 98 次/分，腹软，肝脾未明显触及。血常规报告：红细胞 10.85×1012/L，血红蛋白 30g/L，白细胞 1.30xl09/L，血小板 50xl09/L，骨髓检查证实为“再障”。本证属命门火衰，阳气虚弱，不能温四末而鼓血脉。无阳则阴无以生，阳虚则阴血生化不利，用温阳益气法，拟再障 II 号加减治疗。处方：当归 10 克，白芍 15 克，熟附子 6 克，党参 15 克，肉桂 3 克（焗服），熟地黄 15 克，阿胶 10 克（烊化），鸡血藤 20 克，石苇 15 克，三七粉 3 克（冲服）。服药 3 天，齿衄、鼻衄已止，皮下瘀斑开始消退，连续服药 2 个月，症情逐渐缓解，血象上升，遂停止输血（以前患者输血较频，约 1～2 周输血 400㎖）。复查血常规：红细胞 2.0X1012/L，血红蛋白 65g/L；继续治疗至 5 个月，病情大有好转，面色红润，舌淡红，脉弦；血常规：红细胞 3.9xI012/L，血红蛋白 120g/L，白细胞 4.8xl09/L，血小板 155x109/L，随访四年，病情稳定。

3.肾阴阳两虚型。

主证：面色苍白，心悸气短，手足心热，盗汗，自汗，畏风，腰膝痠软，神疲乏力，口渴欲饮，便溏、尿多，鼻或齿龈出血，舌淡苔白，脉细数或虚大而数。

治法：滋阴补阳，益气养血。

方药：再障III号。

熟地黄 15 克，山药 15 克，山茱萸 10 克，枸杞子 15 克，杜仲 15 克，熟附子 6 克，肉桂 3 克（焗服），炙甘草 5 克，阿胶 10 克（烊化），女贞子 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方中熟地黄、山茱萸、枸杞子、黄精、杜仲、山药、女贞子、阿胶补肾滋阴养血；熟附子、肉桂补肾壮阳；炙甘草、山药益气健脾。诸药共奏滋阴补肾，益气养血之效。

加减法：气短吁吁者，可加党参 30 克、磁石 30 克（先煎）；腹胀冷痛，口淡便溏者，可加干姜 9 克、广木香 9 克、砂仁 6 克（后下）；若因血少见

面色苍白，腰痠软者，可加当归 12 克，丹参 15 克，鸡血藤 15 克；若有鼻衄、肌衄等出血者，加芽根 30 克、藕节 12 克、卷柏 12 克等。

典型病例：

杨××，女，36 岁。恩平农民。头晕失眠，心悸气短，口渴盗汗、腰痠耳鸣 3 个月，近一周来因发现鼻出血、月经量多难止而就诊。证见面色苍白少华，面浮肢肿，双下肢满布瘀点瘀斑，舌淡、苔薄，脉弦无力。血常规化验：红细胞 2.5xl012/L，血红蛋白 69g/L，白细胞 2.8xl09/L，血小板 60xl09/L，骨髓检查报告为再生障碍性贫血。本证属肾阴阳两虚、气血两亏，气不摄血。治以滋阴补阳，益气养血。拟再障III号一方为治。

处方：熟地黄 15 克，山药 15 克，枸杞子 15 克，杜仲 15 克，阿胶 10 克（烊化），女贞子 15 克，黄芪 20 克，藕节 30 克，卷柏 15 克，煎服 2 剂，鼻衄即止，月经量亦减少，皮下瘀斑渐渐消退，继续服药 6 个月，病情好转，面色有华，下肢出血点消失。复查血常规：红细胞 3.7xl012/L，血红蛋白 108g/L，血小板 92X109/L，白细胞 4.6xl09/L，追踪一年病情稳定。

4.瘀血阻络型。

主证：面色晦暗、肌肤甲错，皮下有青紫瘀斑，腰痛腿软，经行腹痛，月经量少，色暗有血块，舌质紫暗，有瘀点或瘀斑，脉沉细或涩。

治法：益气、活血、化瘀。

方药：再障IV号。

桃仁 10 克，红花 10 克，丹参 10 克，当归 10 克，川芎 6 克，赤芍 12 克，黄芪 12 克，熟地黄 15 克，鸡血藤 20 克，三七末 3 克（冲服），甘草 6 克。每日 1 剂，水煎服。

方解；本方以桃仁、红花、丹参、赤芍、川芎活血化瘀；黄芪、当归、熟地黄、甘草、鸡血藤气补血；三七散瘀止血。

加减法：瘀血明显，证见皮肤大片瘀斑，大便色黑如羊矢，手指发麻，舌紫暗或有瘀点者酌加大黄 9 克；阴虚明显，证见口干、盗汗，舌红绛者加玄参 15 克、麦门冬 18 克、龟板 12 克（先煎）、女贞子 12 克、旱莲草 20 克；阳虚明显，证见头晕心悸、形寒肢冷者，加淫羊藿 12 克、巴戟天 12 克、鹿茸 1 克（另炖）、锁阳 12 克、葫芦巴 12 克等；腰膝痠软者，加牛膝 12 克、杜仲 15 克、狗脊 15 克；腹痛加木香 6 克（后下）。

典型病例：

张××，女，40 岁，梅州某化工厂工人。半年前因头晕耳鸣、心慌乏力、腰痠腿软，经行腹痛，量少夹有紫暗血块，在当地医院诊断为”再障”，给予治疗（药物不详），并间断性输血，经治半年，效果不显而转到我院求治。证见面色白白，口腔粘膜及全身皮肤有散在性出血点，舌质暗淡，苔薄白，脉细涩。

血常规结果:红细胞 2.1×l012/L,血红蛋白 78g/L,白细胞 2.1×109/L,血小板 30×109/L，骨髓检查报告：再生障碍性贫血。本证属阴阳气血俱虚，兼有瘀血阻滞脉络。治以益气、沽血、化瘀。拟再障IV号加减治之。处方：桃仁 10 克、红花 10 克、三七 1.5 克、丹参 10 克、当归 10 克、黄芪 12 克、熟地黄 15 克、鸡血藤 15 克、大黄 10 克、丹皮 10 克、杜仲 15 克、广木香 10 克（后下），每日 1 剂，水煎服。连服 3 天，月经来潮顺畅，血块减少。随后，桃仁、红花、大黄减量，口腔粘膜及皮下瘀斑渐消退，服药半月，药方去掉桃仁、红花、大黄，增加黄芪、鸡血藤等药量，连服半年，病情日趋

好转，复查血象：红细胞 3.9x1012/L，血红蛋白 130g/L，白细胞 3.7xl09/L，血小板 150xl09/L，病情稳定，信访追踪，得知病者正常坚持工作。

（二）艾灸疗法。

主证：面色苍白，头晕目眩，心悸气短，腿软乏力，舌淡胖，苍白，脉细弱。

治法：健脾益肾。

取穴：大椎、肾俞、脾俞、足三里、三阴交。

治疗方法：隔姜灸，每穴三壮，每天 1 次，10 天为一疗程。

二、西医治疗

（一）治疗原则。

1.通过全面检查，寻找致病因素，并脱离接触；

2.治疗未生效前，以输血维持血红蛋白于一定水平；

3.防治出血和感染；

4.以各种方法刺激骨髓再生；

5.考虑有无脾切除的适应症；

6.考虑骨髓移植的可能性。

（二）病因治疗。

若致病因素为砷、金、汞等金属中毒，可试用二硫基丙醇 3㎎/kg/次，最初 2 天每四小时肌注一次，第三天每 6 小时肌注 1 次，以后每 12 小时注射 1 次，疗程 10 天。无明显药物致病史者，亦应避免应用抑制造血药物。

（三）采用刺激骨髓再生药物。

1.丙酸睾丸酮：50～100㎎，每日 1 次，肌注，连续 2～6 个月。如疗效不显著，再加促肾上腺皮质激素，再连续 2 个月。此时如有一定疗效，则丙酸睾九酮可维持使用 6 个月。对有月经过多的中年女性病人更为适用，但需注意不良副作用的产生，如女性病人用后男性化等。

2.康力龙：2～4㎎，每日 3 次，口服。

3.氯化钴：30～160㎎（0.3%溶液）/日，分 3 次口服，疗程 3～12 个月。本药常在脾切除后配合应用。

4.肾上腺皮质激素：强的松 10㎎，每日 3～4 次，或 30～60㎎，每日 1 次，晨服。

5.促肾上腺皮质激素：25～50μ/日，疗程长短视病情而定。如有效，往往需长期用维持量。

（四）控制出血。

1.用激素类如丙酸睾丸酮，促肾上腺皮质激素、强的松等，各药剂量疗程如上述。本类药物可使皮肤粘膜出血好转。

2.及时输入新鲜血，有时输入血小板。

3.采用局部止血疗法。

（五）控制感染：首选青霉素、链霉素、感染控制后停用。禁止用氯霉素、合霉素。无感染者不必预防性用药。

（六）支持疗法：

1.输血：反复少量多次输血，使血红蛋白维持在 60～70g/L 以上。反复多次输血，需警惕铁质负荷过多的并发症，如心、肝损害。

2.肝精、维生素 B12、叶酸等可酌情选用。

（七）免疫调节剂：左旋咪唑 50㎎/次，每日 1 次，口服，每周 3 天。

（八）脾切除：在部分病例中有一定疗效。对象的选择是一个关键，手术指征应综合下述各条慎重考虑。

1.内科治疗无效；

2.骨髓象检查有代偿性增生者；

3.脾大可触及；4.继发性再生障碍性贫血，不宜手术。

5.周围血象网织红细胞多次检查为零者，不宜手术。6.出血、贫血严重者，不宜手术，须经治疗纠正后考虑。

如有条件，可给病人作放射性 51 铬肝脾区体表测定试验，以预定手术疗效。

（九）骨髓移植，采用同种异体骨髓移植。

（蔡桂芬）

第三节地中海贫血

地中海贫血是由遗传基因突变，导致血红蛋白中的多肽链合成在数量上的障碍，使血红蛋白成分改变，红细胞易被溶破的光大性（遗传性）溶血性贫血。简称”地贫”。较常见的β链合成减少的叫做β地贫，较少见的 a 键合成障碍的称为 a 地贫。

地中海贫血在中医临床中属于“虚劳”、“积聚”、“疳证”、“童子劳”的范畴。

地中海贫血主要的临床表现是：婴幼儿期发病，慢性进行性贫血，轻度至中等度黄疸，肝脾进行性肿大等，重症地贫的婴儿，体格发育障碍，出生几个月后，由于造血的骨髓过度增生，导致前额和面颊骨骼隆起的地贫特殊外貌。a 地贫的水肿胎儿综合症：胎儿全身水肿、苍白、肝脾肿大、腹水、胸腔及心包积液，心脏扩大，骨髓红系增生等；胎儿因 4 个 a 基因全缺乏和 a 珠蛋白链完全缺如而不能成活，造成死胎或出生后当即死亡。

体征：病儿自出生至 9 个月后，贫血逐渐加重，面色苍白，轻、中度黄疸。腹部膨隆，肝、脾进行性肿大。至 3—4 岁起，生长发育迟缓、精神萎糜，肌肉消瘦、体弱无力、易感染，智力如常。头颅增大，额部隆起，鼻梁坍陷，眼皮浮肿等特殊面容。颅骨力线片显示骨皮质变薄、板障增宽、条纹清晰的所谓“头发直立”的印象；指骨和掌骨出现骨小梁变薄而形成嵌花样的间隔；长骨的皮质变薄，髓腔增宽，偶而发生病理性骨折。心脏常扩大。皮肤色素沉着。

临床诊断依据以轻重不一的贫血，黄疸、肝脾肿大或体格发育障碍；阳性遗传家族史，父母有遗传证据。

中医学认为地贫病位在肾、与心、肝、脾三脏有关。上焦心生血，中焦脾胃造血，下焦肝藏血，肾主骨生髓藏精。骨髓的造血机能旺盛与否，和肾有关，血为精所化，肝肾同源，肝与造血也有一定关系。故心肝脾肾四者与造血有关，尤其是肾和造血关系最为密切，这就为地贫的分型、论治要从心肝脾肾着手，尤其要从治肾着手，提供了理论依据。本病若迁延日久，或久病不愈，肾及肝脾心，导致出血、感染、发热。感染和严重贫血可导致死亡。

西医认为本病的发病主要原因是由于珠蛋白基因组织的多种突变或缺失致使珠蛋白合成障碍，正常血红蛋白不能形成，使红细胞易被破坏，寿命缩短，造成先天性（遗传性）溶血性贫血。本病合并症有感染和严重贫血，可

致死亡。巨脾的脾功能亢进，引起粒细胞和血小板减少，加重感染和出血症状，甚至下肢慢性溃疡，多种内分泌功能不足，病者如能生存到十几岁，性的成熟障碍较多见，血色病和心力衰竭等是晚期主要的死亡原因。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.脾肾阳虚、精血不足型：

主证：面色萎黄或㿠白，食少纳呆，腹胀或便溏腹泻，完谷不化，或五更泄泻，腰瘘腿软、形寒肢冷，乏力懒言，或有腹内结块，舌质淡红，苔薄白，脉沉细弱。

治法：温补脾肾，填精补血。

方药：十四味建中汤加减：

党参 15 克，白术 12 克，茯苓 15 克。甘草 6 克，当归 12 克，白芍 10 克，熟地黄 25 克，黄芪 30 克，熟附子 12 克。巴戟天 12 克，补骨脂 15 克，炮姜 10 克，陈皮 6 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以党参、白术、茯苓、甘草、当归、白芍、熟地黄组成养气血、调营卫、补虚损；更添补气生血的黄芪，壮肾阳之熟附子、巴戟天、补骨脂，温经理气健脾之炮姜、陈皮，共奏温补脾肾阳之功，用于病程久重病例。

加减法：黄疸者加茵蒿 20 克、泽泻 12 克；腹内结块、胁下饱满者加鸡血藤 30 克、鳖甲 15 克（先煎）、三棱 12 克、莪术 12 克等。

典型病例：

李××，男性，9 岁，郊区小孩。因进行性贫血，发热，肝脾肿大已 6 年。经几所大医院诊断为β地贫，经激素和中药治疗，病情未见好转而来院治疗。证面色萎黄，纳呆腹胀便溏，完谷不化，腰膝瘘软，懒言乏力，腹内结块，舌质淡红，苔薄白，脉沉细。检查：两肺呼吸音正常，心尖部可闻及III级吹风样收缩期杂音，心率 110 次/分钟，心界不大。腹部隆起，肝于右季胁下 3 厘米，剑突下 4 厘米，质稍硬；脾于左季胁下 8 厘米，凸出腹部皮肤 4 厘米，表现凹凸不平，压痛，质硬。血红蛋白 60g/L，红细胞 $3.2 \times l2^{12}$/L 红细胞大小相差 3～4 倍，发现靶形细胞；白细胞 $9.5 \times l0^{9}$/L 中性球占 0.40。本证属脾肾阳虚，精血不足型，拟十四味建中汤加减治疗，处方：党参 12 克、白术 10 克、茯苓 12 克、甘草 3 克、当归 10 克、白芍 12 克、熟地黄 15 克、黄芪 20 克、熟附子 10 克、巴戟天 10 克、补骨脂 10 克、炮姜 8 克、陈皮 4 克、鳖甲 10 克（先煎）、三棱 10 克，随证加减，水煎服，日 1 剂。配合针灸足三里、血海、三阴交、地机等，日一次，补祛面针 15 分钟。3 个月后，无自觉症状，肝未扪及，脾左季胁下 3 厘米，表面光滑，边钝圆。质稍硬。后用八珍汤加减，配合针灸，每周 2 次。6 个月后症状消失、脾缩小。血象检查渐复正常。观察二年未见复发。

2.肝肾阴虚，虚火内生型。

主证：面白颧红，头晕目眩，腰膝瘘软，潮热盗汗，咽干口燥，甲爪枯槁，肌肤甲错，鼻衄，皮肤瘀斑，舌红蜂少苔，脉细数。

治法：滋养肝肾、补血填精。

方药：用左归丸加味。

熟地黄 25 克，山药 12 克，枸杞子 12 克，山茱萸 12 克，牛膝 9 克，菟

丝子 12 克，鹿角胶 12 克（烊化），龟板胶 12 克（烊化），何首乌 15 克，玄参 25 克，女贞子 15 克，旱莲草 15 在，白茅根 30 克，五味子 10 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方系《小儿药证直诀》地黄丸加减衍化而成。方中熟地黄，何首乌、山药、山茱萸补益肝肾阴血；鹿角胶、龟板胶均为血肉有情之品，二味合用，峻补精血，调合阴阳；菟丝子、枸杞子、牛膝补肝肾，强腰膝，健筋骨；合用具有滋补肝肾，养血益精之功，更添女贞子、旱莲草、五味子滋养肝肾；玄参、白茅根之清热降火、凉血止血，增强全方治疗、效果。

加减法：有黄疸者，加茵陈蒿 15 克、泽泻 12 克、栀子 12 克；有腹中积块，加三棱 15 克、莪术 15 克等。

典型病例：

吴××，女，20 岁。贫血 10 年，进行性黄疸 3 个月，经某大医院血液检查，骨髓穿刺，血红蛋白电泳等检查确诊为 β 地贫。证见：失晕目眩、腰膝痠软、面白颧红、咽干、盗汗，甲爪枯槁、鼻衄、舌质红蜂少苔，脉细数。本证属肝肾阴虚，虚大内生型。拟左归丸加味治疗，处方：熟地黄 25 克，山药 15 克，枸杞子 12 克，山茱萸 12 克，牛膝 10 克，菟丝子 12 克，鹿角胶 12 克，龟板胶 12 克，何首乌 12 克，玄参 25 克，女贞子 15 克，旱莲草 15 克，白茅根 30 克，五味子 10 克，水煎服，每日 1 剂。30 剂后症状明显好转。原方随证加减，再进 60 剂后，复查各项检查均正常，随访 3 年未复发。

3.心脾两虚，气阴亏损型。

主证：面色萎黄、心悸怔忡、失眠健忘，手足心热，头晕目眩，食少倦怠，腹胀便溏，妇女月经不调，或闭经，或崩漏，或见皮下紫斑，舌质淡嫩红，脉细无力。

治法：补益心脾。

方药：归脾汤加减。

人参 12 克，白术 12 克，茯苓 12 克，炙甘草 4 克，炙黄芪 12 克，龙眼肉 12 克，远志 12 克，炒枣仁 12 克，木香 6 克（后下），当归 12 克，鹿角胶 15 克（烊化），龟板胶 12 克（烊化），肉苁蓉 15 克，补骨脂 15 克，山茱萸 12 克。每日 1 剂，水煎内服。

方解：本方系在严氏《济生方》归脾汤的基础上加当归、远志而成，主治心脾气血虚之证。方中以党参、黄芪、白术、炙甘草温补中气健脾；当归、龙眼肉补血养心；酸枣仁、茯苓、远志宁心安神；木香理气醒脾，以防补益气血药腻滞碍胃；组合成方，心脾兼顾，气血双补。更加补肾之品，如鹿角胶、龟板胶、肉苁蓉、补骨脂、山茱萸等以填精，补髓生血。全方以养心健脾、补益中气、心脾兼顾、气血双补、脾肾同治、先后之兼顾的治疗原则。

加减法：有黄疸者加茵陈蒿；有腹内结块者加鸡血藤 30 克、鳖甲 15 克（先煎）、三棱 15 克、莪术 15 克等。

典型病例：

钟××，女性，18 岁，白云区村民。因贫血反复不愈 12 年。经某大医院住院 3 个月，经血液检查、血红蛋白电泳、异丙醇试验等，确诊为 a 型地贫（患者其母为 a 型地中海贫血）。经西医治疗后病情未见好转而来要求中医治疗。证见面色萎黄，心悸失眠，头晕目眩，手足心热，纳差倦怠，腹胀便溏，月经不调，皮下紫斑，舌质淡嫩红，脉沉细无力。本证属心脾两虚、气阴亏损型。拟归脾汤加减治疗，处方：党参 15 克，白术 12 克，茯苓 12

克，炙甘草 5 克，炙黄芪 25 克，龙眼肉 12 克，远志 12 克，炒枣仁 15 克，木香 7 克（后下），当归 12 克，鹿角胶 15 克（烊化），肉苁蓉 15 克，补骨脂 15 克，山茱萸 12 克。每日 1 剂，水煎内服。经随症加减治疗 3 个月后，复查各项检查均正常，随访 2 年未复发。

4.湿热内湿，脉络血瘀型。

主证：身目发黄。面色晦暗，胁下结块，腹胀纳呆，或见皮肤瘀斑，鼻衄，齿衄，舌见瘀点，苔白或黄，脉细数或有结化。

治法：清热利湿，理气化瘀。

方药：茵陈蒿汤合血府逐瘀汤加减。

茵陈蒿 18 克，栀子 15 克、桃仁 12 克，红花 9 克，当归 9 克，川芎 5 克，赤芍 6 克，柴胡 3 克，枳壳 6 克，香附 6 克，莪术 9 克，黄柏 12 克，鳖甲 12 克（先煎）。

方解：方中茵陈蒿、黄柏清热利湿，疏肝利胆；栀子清泄三焦，泻热退黄；桃仁、红花、当归、川芎、赤芍活血祛瘀；当归养血化瘀、柴胡、枳壳疏肝理气；香附、莪术行气消瘀止痛；鳖甲滋阴退热，软坚散结。组合全方清热利湿，理气化瘀。

加减法：气血两虚加党参 15 克、黄芪 30 克、阿胶 12 克（烊化）；大便秘结加生大黄 10 克（后下）。

典型病例：

林××，男性，30 岁，某商场职员。3 年前发现贫血和黄疸，日渐加重，曾住过二家医院均以溶血性贫血治疗，效果不显著。后来入某大医院确诊为β地贫，采用激素和中药治疗，效果不显。自动出院来我门诊，要求中医治疗。证见面色晦暗，身目发黄，腹胀，胃纳呆，胁下结块，鼻衄，舌下瘀点，苔薄黄，脉细数，偶有结脉。检查：两肺呼吸音正常，心尖部可闻及Ⅱ级吹风样收缩期杂音，心率 92 次/分钟，心界不大。腹部稍膨隆，肝于右季胁下 2 厘米；脾于左胁下 4 厘米。血液检查：血红蛋白 5 克%，红细胞 280 万/mm^3；发现靶形细胞；白细胞 9260/mm^3，中性球占 50%。本挂属于湿热内蕴，脉络血瘀型，拟茵陈蒿汤合血府逐瘀汤加减治疗，处方：茵陈蒿 18 克，栀子 15 克，桃仁 12 克，红花 9 克，当归 9 克，川芎 6 克，赤芍 12 克，柴胡 6 克，枳壳 10 克，香附 10 克，莪术 15 克，黄柏 12 克，鳖甲 12 克（先煎），黄芪 20 克，阿胶 12 克（烊化）。每日 1 剂，水煎内服。配合针灸足三里、三阴交、血海、地机等穴位，日一次，补法留针 15 分钟。2 个月后，症状明显好转。再随证加减治疗三个月后，症状基本消失。体征和血象等各项检查逐渐正常。2 年随访观察未见复发。

（二）针灸疗法。

1.针刺：选（1）：足三里、血海、三阴交、地机；（2）：足三里、风池、膏盲；（3）：大椎、肾俞、安眠 2；（4）：合谷、命门、曲池；（5）膈俞、胆俞、肝俞；（6）：胆俞、大椎、安眠 1；（7）内庭、足三里、肾俞等 7 组穴位。每天刺 1 组。各组交替，7 天为一疗程，二个疗程之间停 2 天。

2.耳针：选（1）：肝、脾、隔、心；（2）：内分泌、肾上腺、肾等 2 组穴位。用揿针埋针 5 天，两组交替轮用治疗。

二、西医治疗

目前尚无病因治疗方法。对症治疗措施是根据地贫严重程度给予脾切除

术，输注红细胞和给铁鳌合剂治疗。

脾切除术的指征是巨脾引起自觉不适或脾功能亢进及需要频繁输入红细胞时。

大多数重型地中海贫血需要定期输注红细胞，但这也是绝对的适应症。

（肖明藩）

第四节白血病

白血病是造皿系统的一种恶性肿瘤，又称“血癌”。其特征是骨髓其一系列血细胞呈无控制过度增生，并进入外周血液浸润体内各组织器官。临床上常有贫血、发热、出血以及肝、脾和淋巴结不同程度的肿大等表现。

根据发病的缓急和白血病细胞的成熟程度，可分为急性与慢性。前者骨髓和外周血中以原始和幼稚细胞为主，后者以较成熟细胞为主。按细胞学形态，急性白血病又可分为急性淋巴细胞白血病（简称急淋 ALL）和急性非淋巴细胞白血病（简称急非淋 ANIL），后者主要包括急性粒细胞白血病（简称急粒 AML）和急性单核细胞白血病（简称急单）。而慢性白血病则可分为慢性粒细胞白血病（简称慢性 CML）、慢性淋巴细胞白血病（简称慢淋 CLL）和慢性单核细胞白血病（简称慢单）。

中医古籍无白血病的名称，但按临床症候，本病属“温病”、“血证”、“急劳”、“血虚”、“劳热”、“积证”、“痰核”等病的范畴。

祖国医学认为，正气不足，易受毒邪侵袭，由表入里，正虚邪盛，伤及营阴，骨髓受损，生血不足则血虚。阴虚内热，迫血妄行，或久病耗气，气不摄血，均可使血溢脉外，发为血证，全身各外，内脏、肌肤可见出血和瘀斑。由于正虚受邪或阴伤血败，营血燔热，可见发热不灵。气血亏虚，气滞血瘀，脾虚失运，聚湿成痰、而形成“积证”或“痰核”。

西医认为本病的病因至今未明，可能与病毒、遗传因素、放射、化学毒物或药物等因素有关。

急性白血病

急性白血病，多数起病比较急骤，不同类型的白血病虽各有特点，但基本表现相同。临床主要表现为贫血、出血、骨骼和关节疼痛、继发性感染和发热，也有的出现恶心呕吐、头痛或嗜睡等中枢神经系统症状。因白血病细胞广泛浸润各组织脏器导致肝、脾、淋巴结肿大，胸骨、骼骨常有压痛。

实验室检查：

1.血象：典型血象显示贫血，血小板减少及白细胞状和量的变化，血片中可见大量幼稚细胞。

2.骨髓象：呈明显增生至极度活跃，原始和早幼细胞可高达 50%～90%，超过 30%即可诊断。此外，红细胞通常减少。

由于大量白细胞破坏、分解，可引起尿和血清中尿酸浓度增高。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.热毒炽盛型。

主证：急性起病，高热，且汗出不解，口干唇焦，咽干欲饮，心烦，头痛，倦怠，肌肤瘀斑，小便短赤，大便干结，舌状红或降，苔黄，脉数或洪

数。

治法：清热解毒。泻火生津，凉血止血。

方药：白虎汤合清营汤加味。

犀角 3 克研粉冲服（或水牛角 30 克先煎），生地黄 20 克，玄参 15 克，竹叶 12 克，麦门冬 15 克，生石膏 30 克（先煎），知母 12 克，丹参 30 克，金银花 15 克，连翘 15 克，黄莲 10 克，甘草 6 克，白花蛇舌草 30 克。

方解：方中用生石膏、犀角、白花蛇舌草清气营分热、解毒泻火；佐以苔寒之知母、黄连、竹叶、连翘、金银花清心解毒，并透热外出，由营达气，热甚伤阴；辅以生地黄、玄参、麦门冬甘寒清热养阴；丹参清热凉血并能活血散瘀、以防血热搏结；甘草益胃调和诸药。全方共奏泻火解毒，凉血止血之效。

加减法：衄血者加牡丹皮 15 克、赤芍 15 克、青黛 3 克（冲服）、紫草 15 克；血便、血尿者加小蓟 12 克、大黄 10 克；抽搐者加钩藤 12 克、全蝎 6 克。

2.痰瘀热互结型。

主证：发热，周身骨痛，肝脾及淋巴结肿大，肝区疼痛，肌肤瘀斑，舌紫暗，苔黄腻，脉弦滑。

治法：清热化痰，祛瘀散结。

方药：膈下逐瘀汤加减。

当归 12 克，川芎 10 克，香附 10 克，桃仁 10 克，红花 10 克，赤芍 15 克，牡丹皮 15 克，枳壳 15 克，延胡索 15 克，法半夏 15 克，山慈姑 30 克，青黛 3 克（冲服）。

方解：方中用当归、川芎、桃仁、红花以后血祛瘀消积散结；赤芍、牡丹皮、青黛以清热凉血、活血祛瘀；山慈菇、法半夏化痰散结；枳壳、香附、延胡索以理气止痛。全方共奏情热凉血，祛瘀化痰散结之效。

加减法：低热骨痛者加鳖甲 15 克（先煎）、知母 12 克、蒲公英 20 克；倦怠乏力者加黄芪 30 克、太子参 30 克。

3.气血两虚型。

主证：面色㿠白无华，头晕目眩，心悸气短，倦怠乏力，腹胀纳呆，齿衄，皮肤瘀点，爪甲不荣，舌状淡或淡胖，苔白薄，脉细弱。

治法：益气养血。

方药：八珍汤加味。

党参 30 克，熟地黄 30 克，白术 15 克，白芍 15 克，茯苓 12 克，当归 12 克，川芎 10 克。大枣 8 枚，生姜 3 片，炙甘草 6 克，鸡血藤 30 克。黄芪 30 克。

方解：方中用党参、黄芪、熟地黄、鸡血藤以益气养血；茯苓、白术健脾燥湿；当归养血和营；川芎养血活血；生姜、大枣调和脾胃。

加减法：畏寒恍冷加熟附子 12 克、肉桂 1.5 克（焗服）、淫羊藿 10 克、补骨脂 15 克、肉苁蓉 12 克；出血较多加阿胶 12 克（烊化）、白及 15 克。

（二）中成药。

1.安宫牛黄丸，1 粒，每日 1 次。适用于高热、神志昏朦者。

2.扶正抑瘤液，1 支/次，每日 3 次。具有扶正消积之效。适用于气血两虚型的患者。

3.清开灵 60～80㎖＋10%葡萄糖 250㎖～500㎖ 静滴，日 1 次。具有清

热解毒之效，适用于热毒炽盛型，或瘀热型的患者。

4.醒脑静 20ml＋5%～10%葡萄糖 250ml～5ooml 静滴，具有清热解毒，清心醒脑之效，适用于热毒炽盛，热扰神明，白血病脑膜侵犯者。

二、西医治疗

（一）支持治疗。

1.预防感染。注意口腔清洁及皮肤卫生。

2.控制发热。对怀疑感染发热患者，应千方百计寻找病原菌，并进行药物敏感试验，在细菌培养有结果前，先按经验早期应用广谱、高效抗生素，或两种抗菌素联合应用，以后再根据病原学和药敏试验结果调整用药，最好静脉内给药。

3.纠正贫血。可酌量输注红细胞或输血全。若自身免疫溶血性贫血，可用肾上腺皮质激素。

4.控制出血。有出血倾向者，可输血小板。

5.纠正高尿酸血症，防治尿酸性肾病可给予别嘌呤醇 300～600mg/日，分 3 次服。同时碱化尿液，可口服小苏打或静脉大量输液，并加用 5%碳酸氢钠 250～500ml/日。

（二）化学治疗。

是治疗急性白血病的主要手段。目的在于尽可能地大量杀灭体内包括隐藏在某些部位（特别是中枢神经系统）的白血病细胞，消除症状、恢复造血和免疫功能、借以提高完全缓解率，延长缓解期，生存期，进而争取治愈。治疗上采取早期、联合、充分、间歇的治疗原则。

1.常用化疗药物。

环磷酰胺（CTX）、三尖杉酯碱（H）、6-琉基嘌呤（6-MP）、6-硫代鸟嘌呤（6-TG）、7.柔红霉素（DRN）、阿霉素（ADM）、长春新碱（VCR）、左旋门冬酰胺酶（L-ASP）、阿糖胞苷（ARa-C）、环胞苷（CYC）、氨甲喋呤（MIX）、强的松（Pred）、鬼臼乙叉甙（Vp-16）等。

2.急性淋巴细胞白血病的化学治疗。（1）缓解诱导方案：

①VP 方案：

长春新碱（VCR）2mg/m²（最大≯2mg），静注，每周第 1 日用，连用 4 周；

强的松（Pred）40mg/m² 每日 1 次，口服，第 1～7 天，连用 6 周。

②VP＋DRN 方案：

长春新碱（VCR）1.5mg/m²，每日 1 次，静注，第 1 日；强的松（Pred）40mg/m²，每日 1 次，口服，第 1—8 日；柔红霉素（DRN）1mg/m²，每周 1 次，静注，用 1 次。③VP＋ADM 方案：

长春新碱（VCR）2mg/m²，每周 1 次，静注，用 4 周；强的松（Pred）60mg/m²，每日 1 次，口服，连服 28 天；阿霉素（ADM）20mg/m²/次，静注，分别于第 14 日和第 15 日用（共 2 次）。

（2）维持治疗方案：

①MP 方案：

氨甲喋呤（MIX）15mg/m²，每周 2 次，静注，共用 2 周；6-疏基嘌呤（6-MP）70mg/m²，每日 1 次，口服，连服 14 天。

②VPAMPA 方案：

长春新碱（VCR）1.4mg/m²/次，静注，于第 1、7 日用；强的松（Pred）

90mg/m²，每日 1 次，口服，第 1～7 日；阿霉素（ADM）20mg/m²/次，静注，第 14～16 日用；氨甲喋呤（MTX）20mg/m²/次，口服第 30、37、44、51、58 日服；6-疏基嘌呤（6-MP）90mg/m²/次，口服，第 30～58 日服；

更生霉素（DACT）1000mg/m²/次，静注，第 65 日用；每 65 天为 1 疗程。

③MPPV 方案：

氨甲喋呤（MIX）15mg/m²，每日 1 次，口服，每周 2 次；6-疏基嘌呤（6-MP）25mg/kg，每日 1 次，连续服用；长春新碱（VCR）1.5mg/m²/次，静注，每周 1 次；强的松（Pred）40mg/m²，每日 1 次，口服，连续眼用；每 90 天为一疗程，然后再重复。

3.急性非淋巴细胞性白血病的化学治疗。

（1）缓解诱导方案。

①AVC 方案：

阿霉素（ADM）50mg/m²/次，静注，第 1 日用；长春新碱（VCR）1mg/m²/次，静注，第 2 日用；阿糖胞苷（Ara-C）160mg/m²/次，静注滴注，第 2～8 日用；

若获得完全缓解，可用原方案巩固治疗，中间休息 21 日，如未获完全缓解可连续治疗。

②CD 方案：

阿糖胞苷（Ara-C）100mg/m²，每日 1 次，静脉滴注，第 1～7 日用；

柔红霉素（ADN）45mg/m²，静注，第 1～3 日用；诱导缓解后再连用阿糖胞苷（Ara-C）5 日和柔红霉素 2 日做巩固治疗。

（2）维持治疗方案。

①AC 方案：

阿霉素（ADM）45mg/m²/次。静注，第 1 日；

阿糖胞苷（Ara—C）200mg/m²，静脉滴注，第 1～5 日；

每 3～4 周为 1 疗程，重复 4 个疗程。

②CIPV 方案：

阿糖胞苷（Ara-C）20～25mg/m²，每 6 时 1 次，皮下注射，共用 5 日；

6-硫代鸟嘌呤（6-TG）100mg/m²，每 12 小时 1 次，口服，共用 5 日；

强的松（Pred）40mg/m²，每日 1 次，口服，共用 5 日；

长春新碱（VCR）1mg/m²/次，静注，第 1 日用；

休息 25 日后重复。

4.中枢白血病的防治。

（1）氨甲喋呤（MTX）10mg/m²（最大不超过 15mg）＋NS3ml＋地塞米松（Dexa）5mg，鞘内注射，每日 1～2 次。

（2）阿糖胞苷（Ara-C）50mg＋NS3ml，鞘内注射，每周 1～2 次。

（3）采用全头颅放射治疗。

5.骨髓移植在急性白血病治疗中的应用。

白血病的骨髓移植，目的是企图提高白血病的治疗效果。由于排斥反应和骨髓的供者来源困难，故目前主要采用自身骨髓移植（ABMT）。采集病人自身无瘤细胞或有少量瘤细胞而经处理净化的骨髓低温保存，再给病人强烈化疗及或放疗，尽可能杀伤体内残存的肿瘤细胞，然后将体外保存的骨髓细胞通过静脉回输给患者本人，以挽救大剂量化疗及或放疗对正常组织造成免疫功能的损害，重建造血功能。移植应选择在患者的缓解期进行。本疗法费

用昂贵，患者亦可能死于严重感染，故此项治疗目前限于在少数有条件的医疗中心进行。

综上所述，一个完整的治疗急性白血病的化疗方案；应该包括①缓解诱导，采用大剂量多药联用的强烈化疗，以求迅速大量杀灭白血病细胞，控制病情，达完全缓解（CR），为后续活、争取治愈打好基础。②维持治疗，缓解后以一系列小剂量、较缓的化疗方案进行较长时间的延续性治疗，其间可增加强化治疗、巩固治疗和中枢神经系统预防治疗，目的在于巩固已获得的CR，并使病人能长期地维持这种相当于无病状态生存，达到痊愈。是目前积极而疗效肯定的化疗疗程。

慢性白血病

在我国以慢性粒细胞白血病多见，慢淋、慢单罕见。慢粒、慢淋症状和治疗相似，故这里只论述慢性粒细胞白血病。

早期多无症状，逐渐可出现全身乏力，低热，消瘦，食欲不振，贫血等慢性消耗症状，及伴有肝、脾及表浅淋巴结肿大，骨髓浸润致胸骨，骼骨压痛。后期可见口腔、齿龈及皮下等出血。

实验室检查：

1.血象：白细胞明显增加，一般大于 $100\times10^9/L$，多在 $100\sim800\times10^9/L$ 之间，以杆状核、晚幼、中幼为主，原粒细胞不超过 5%，红细胞和及血小板早期多正常，但随着病程进展而逐渐减少。

2.骨髓象：骨髓增生明显至极度活跃，中、晚幼粒和杆状核粒细胞增多，原粒细胞≤10%，幼红细胞和巨核细胞早期增生活跃，晚期则增生彼抑制。

3.染色体检查：约 85%～90%的慢粒患者可见特异的 PH 染色体，PH 染色体被认为是慢粒多能干细胞的肿瘤性标

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.气血瘀滞型。

主证：形体消瘦、面色不荣、胸肋胀痛痞满、胁下积块，舌暗红，苔薄白，脉弦细。

治法：行气活血，化瘀解毒。

方药：膈下逐瘀汤加减。

五灵脂 9 克，当归 12 克，牡丹皮 12 克，赤芍 12 克，枳壳 12 克，川芎 10 克，桃仁 10 克，香附 10 克，红花 10 克，郁金 15 克，丹参 20 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中以五灵脂、当归、川芎、桃仁、红花、丹参活血祛瘀；牡丹皮、赤芍清热解毒、活血散瘀；香附、枳壳、郁金理气散结。全方共奏行气活血，解毒化瘀之效。

加减法：伴发热起伏者，去当归、川芎，加半枝莲 30 克、半边莲 30 克、穿山甲 15 克（先煎）；淋巴结肿大者，加山慈菇 15 克、法半夏 15 克、浙贝母 15 克、猫爪草 30 克。

2.肝肾阴虚型。

主证：心悸头晕，耳鸣梦多，腰膝瘘软，低热盗汗，五心烦热，口干欲饮，鼻齿衄血及皮下出血，舌红，无苔，脉细数。

治法：滋补肝肾。

方药：麦味地黄丸加味。

枸杞子 30 克，山药 30 克，五味子 12 克，生地黄 20 克，牡丹皮 15 克，泽泻 15 克，茯苓 15 克，桑堪 15 克，山茱萸 12 克，麦门冬 18 克，龟板 18 克（先煎），鳖甲 18 克（先煎）。

方解：方中以枸杞子、山茱萸、桑椹滋养肝肾；五味子、麦门冬滋肾益阴、清心除烦；牡丹皮、生地黄泻火凉血；龟板、鳖甲滋阴退热；山药益脾阴而固精；配用茯苓助山药之益脾；泽泻清泄肾火。全方共奏滋补肝肾，养阴清热之效。

加减法：衄血、紫瘢甚者加茜草根 15 克、白及 15 克、仙鹤草 30 克。

3.气血两虚型。

主证：形体消瘦，面色㿠光不华，倦怠乏力，眩晕，心悸气短，纳呆，便溏，踝肿，舌质淡妆，苔薄白或白腻，脉沉细。

治法：益气养血。

方药：归脾丸加减。

党参 20 克，熟地黄 20 克，白术 15 克，茯苓 15 克，黄芪 30 克，当归 12 克，酸枣仁 12 克，木香 8 克（后下），炙甘草 10 克，大枣 10 枚，生姜 2 片。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中用黄芪、党参补气健脾；当归、熟地黄养血；白术、木香健脾理气，使补而不滞；茯苓、枣仁以养心安神；炙甘草、生姜、大枣以和胃健脾，以资生化，则气血旺盛。全方共奏益气养血之效。

加减法：贫血严重者加紫河车 6 克（研末冲服）、桑椹 15 克；肝脾肿大者加丹参 15 克、鳖甲 15 克（先煎）；淋巴结肿大加山慈菇 15 克、法半夏 15 克、陈皮 6 克。

若慢粒急变期，参照急性白血病的治疗。

（二）中成药。

1.参附芪注射液 20ml 加 50%葡萄糖 40ml，静注，每日 2 次；或参附芪注射液 40ml 加 10%葡萄糖 250ml，静脉滴注，每日 1 次，适用于气血两虚，脾肾阳虚者。

2.参麦液 20ml 加 50%葡萄糖 40ml，静注，每日 2 次，或参麦液 60ml 加 10%葡萄糖 500ml。静脉滴注，每日 1 次，适用于气阴两虚者。

3.扶正抑液 1 支/次，每日 3 次，适用于气血两虚者。

4.柴鳖消症片 2 粒/次，口服，每日 3 次，适用于肝脾肿大

5.青黛末 2～4 克/次，每日 3 次，口服。

6.雄黄粉 1～2 克/次，每日 3 次，口服。

7.消白散（壁虎、蜈蚣各 30 条，汉三七 30 克，皂角刺、珠砂各 15 克，枯矾 40 克，青黛、乌蛇各 50 克，白僵蚕 25 克共研细末）每次 2 克，每日 2 次，口服。

二、西医治疗

（一）支持治疗。

同急性白血病的治疗。

（二）化学治疗。

1.常用化疗药物。

马利兰（BUS）、二溴露醇（DBM）、二溴卫矛醇（DBD）、柔红霉素（DRN）、羟基脲（HU）、6-硫鸟嘌呤（6-TG）。

2.常用治疗方案。

（1）马利兰（BUS）40mg/次，每日1次，口服，若治疗反应不好时可逐渐加量，病情进展时可大量给予，如1～3mg/kg/日，口服，至白细胞数降至20×10^9/L时停药或减量维持。主要用于老年或无法根治的病人。

（2）羟基脲（HU）500mg～200mg/日，分3次口服，也可根据病情再加量应用。

（3）6-硫鸟嘌呤（6-TG）100mg/m^2，每日1次，口服，也可同时服用羟基脲。

（4）6-巯基嘌呤（6-MP）25mg/kg，每日1次，口服，也可与羟基脲同用。

3.免疫治疗。

干扰素（IFN）3～9×10^6U/日，肌肉或皮下注射，一直用至缓解，改用干扰素（IFN）3×10^6U/次，隔日一次，皮下或肌肉注射维持治疗。

慢性白血病急变的治疗，参考急性白血病的治疗。

（朱迪盈）

第五节白细胞减少症和粒细胞缺乏症

当外周血液中白细胞计数持续低于4.0×10^9/L。以下时，称为白细胞减少症。由于白细胞的主要成份为中性粒细胞，故大多数情况下，白细胞减少是粒细胞减少所致。当白细胞下降至 2.0×10^9/L 以下，中性粒细胞下降至0.20～0.30以下甚至完全缺乏，其计数少于0.5～1.0×10^9/L时，称为粒细胞缺乏症。粒细胞缺乏症是白细胞减少症发展到严重阶段的表现。

白细胞减少症和粒细胞缺乏症属于中医虚劳和温热病的范畴。

白细胞减少症虽然病因不同，但临床症状相似。若白细胞减少呈慢性病程者，其症状以头晕、乏力为主，或伴心悸、失眠、低热。若白细胞减少属于急性严重感染所致者，则有恶寒、高热等症。在粒细胞缺乏时，多突发高热寒战，感染部位迅速溃疡坏死，继发败血症，甚至数日内死亡。

体征：特发性白细胞减少症多无明确的体征。当合并感染时，可有口腔粘膜溃疡，扁桃腺红肿，颈淋巴结肿大，也可出现肛周脓肿、坏死、假膜形成，严重者出现败血症，可见皮肤粘膜瘀斑。继发性白细胞减少症兼有原发病的体征。

本病的临床诊断并不困难，根据外周白细胞和粒细胞计数与比例，结合临床症状，多可确诊。必要时可参考骨髓象，在粒细胞系可呈成熟受阻，或有粒细胞中毒现象；淋巴细胞、浆细胞和网状细胞可增多。

中医学认为白细胞减少症乃由先天禀赋不足，后天失养，素体亏虚，或外感病邪或用药不当，导致气血亏虚，阴阳失调，脏腑虚损，而以脾肾两脏为最。脾主运化、主四肢、主肌肉，脾虚不运则纳食减少，肌肉消瘦，四肢乏力；肾主骨、藏精、生髓，肾虚则精髓空虚，腰膝痠软，头晕耳鸣，精神萎靡不振。

西医认为本病的致病因素主要有急性感染和理化因素，包括某些药物，其次为血液病和变态反应性疾病，也有相当部分病因不明。

［治疗］

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.脾虚型。

主证：面色萎黄，身体困倦，神疲乏力，头晕气短，纳少腹胀，大便或溏或结，或有低热迁延不愈，舌质淡有齿印，苔薄白，脉细弱。

治法：甘温益气，健脾补中。

方药：补中益气升白汤。

黄芪 30 克，党参 30 克，白术 15 克，当归 9 克，陈皮 6 克，柴胡 9 克，炙甘草 6 克，鸡血藤 30 克，大枣 30 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以参芪术枣甘温益气；辅以当归、鸡血藤补血活血；陈皮、柴胡健中理气，使气血得补，血随气生。对白细胞减少轻症或伴有低热者，每以甘温益气取效。

加减法：肠鸣便溏较著者，为脾阳偏虚，可加入熟附子 9 克、炮姜 9 克；腹胀纳少者加入厚朴 9 克、砂仁 6 克；或以陈皮、砂仁、瘦肉适量熬粥；头晕乏力较甚者，另以吉林参或高丽参清炖代茶饮服。

典型病例：

欧氏，女，50 岁，顺德县陈村镇人。1977 年因风湿病在陈村卫生院留医，服过解热止痛药后关节疼痛好转，但觉周身乏力，懈怠困倦，神少前寐而来广州就医。证见面色萎黄，精神萎靡，头晕纳少。查血常规：红细胞 4.00×10^{12}/L，白细胞 3.0×10^{9}/L，嗜中性球 45%；血小板 120×10^{9}/L。诊为白细胞减少症。中医辨证属脾虚气弱，用补中益气升白汤加减：黄芪 30 克。党参 30 克，当归 10 克，陈皮 6 克，柴胡 9 克，鸡血藤 30 克，炙甘草 6 克，并嘱停用一切抗风湿西药。代以针灸和外敷治疗痹证。连服一周，复查血象如下：红细胞 4.2×10^{12}/L，血色素 109 克/L，白细胞 3.9×10^{9}/L，嗜中性球 55%，血小板 130×10^{9}/L 以后仍宗本方加减治疗二月，有时配伍一些养血法风的中药兼顾痹证。连续查血象 6 次，白细胞保持在 5.0～5.8×10^{9}/L；之间，嗜中性球 55%以上。红细胞、血色素、血小板均在正常范围，随访近 20 年，血象一直正常，有时关节炎发作，仍用中药和针灸处理，病情稳定，不但可以胜任家务，还兼管裁缝车衣等家庭手工。

2.肾虚型。

主证：精神萎靡不振，头晕耳鸣眼花，健忘失眠多梦，腰膝痠软，双足乏力，舌淡苔白，脉沉细。

治法：补肾益精培元。

方药：补肾益精升白汤。

菟丝子 18 克，补骨脂 18 克，巴戟天 18 克，杜仲 10 克，山茱萸 10 克，白术 10 克，枸杞子 18 克，茯苓 18 克，鹿角胶 12 克（烊化），龟板胶 12 克（烊化），黄芪 30 克，吉林参 10 克（另炖）。水煎服，日 1 剂。

方解：本方以菟丝子、枸杞子、补骨脂、巴戟天补益肾中精气；龟鹿二胶善补肾中阴阳；佐以吉林参大补元气；黄芪、白术、茯苓健中。对于慢性白细胞减少重症，往往脾虚及肾，必须脾肾兼顾，精气双补，阴阳平调，方可奏效。

加减法：伴形寒肢冷者，加熟附子 10 克、肉桂 2 克（焗服）；萎靡倦卧者，另以高丽参、鹿茸适量炖服；失眠多梦者加酸枣仁 18 克、五味子 6 克；食欲不振者加鸡内金 15 克、山楂 15 克。

典型病例：

李某，女，38 岁，1991 年 6 月 3 日住院。因乏力、头昏、食少反复 5 年，经外院检查，诊为白细胞减少症，曾服利血生、肌苷等药，白细胞可暂升，停药后又下降，白细胞计数常在 2.1×10^9/L 至 3.2×10^9/L 之间。诊刻：头昏乏力，食少便溏，腰痠腿软，形寒怕冷，面色少华，舌质淡红，苔薄白，脉沉细；WBC3.2×10^9/L，HB95g/L，PT80×10^9/L，证属脾肾阳虚，气血亏损。方用补肾益精升白汤：菟丝子 10 克，巴戟天 10 克，补骨脂 10 克，杜仲 10 克，枣皮 10 克，白术 10 克，鹿角胶 12 克（烊化），龟板胶 12 克（烊化）。枸杞子 12 克，神曲 12 克，茯苓 12 克、黄精 30 克，红参 5 克（另炖）。治疗 10 天，头昏怕冷消失，食欲增加，精神好转。上方增减服至 30 剂，自觉症状消失，复查白细胞 5.4×10^9/L，血色素 120 克/L，血小板 130×10^9/L，一年后复查血常规仍正常。

3.气阴两虚型。

主证：心悸气短，身倦乏力。反复感冒，咽喉疼痛，头晕失眠，五心烦热，舌红少苔，脉细弱。

冶法：益气养阴。

方药：生脉二至鸡枸菟煎。

黄芪 30 克，生晒参 30 克（另炖），麦门冬 30 克，五味子 6 克，旱莲草 15 克，女贞子 20 克，鸡血藤 30 克，枸杞子 30 克，菟丝子 20 克，大枣 20 克，绞股蓝 20 克。水煎服，日 1 剂。

方解：本方以生晒参、绞股蓝、麦门冬益气养阴；黄芪、鸡血藤、大枣补气生血；枸杞子、菟丝子、女贞子、旱莲草滋养肝肾。

加减法：咽干咽痛加玄参 15 克、岗梅根 30 克；失眠加珍珠末 1 支；五心烦热加黄连 6 克、阿胶 15 克（烊化）。

典型病例：

潘××，女性，35 岁，清远市三坑镇教师。1992 年因甲亢就医，服用他巴唑 10mg 日三次，三月后甲亢明显好转，但白细胞降至 3.2×10^9/L，配合使用鲨肝醇、维生素 B_4 等，白细胞未见上升，并见心悸气短，身倦乏力，头晕失眠，五心烦热，舌红津少，脉细数。诊为甲亢并药源性白细胞减少症，中医辨证为气阴两虚，用生脉二至鸡枸菟煎合消瘰丸加减化裁：北芪 30 克，党参 30 克，麦门冬 24 克，五味子 6 克，旱莲草 15 克，女贞子 15 克，鸡血藤 30 克。枸杞子 15 克，菟丝子 18 克，玄参 30 克，生牡蛎 30 克，浙贝母 15 克，夏枯草 15 克。水煎服，每日 1 剂。另用麦门冬 30 克，水一碗煎至半碗，用麦门冬水加入边条参 15 克炖服，每周 1～2 次。同时减少他巴唑用量为 5mg 每日 3 次，连用 3 月，T_3、T_4 保持正常，白细胞持续在 4.5～5.5×10^9/L 之间，以后逐渐减少他巴唑用量，至第九个月用维持量，一年后停药，并坚持配合中药，仍宗益气养阴大法，守上方加减，白细胞一直维持在 5.5×10^9/L 以上，甲亢病也告痊愈，追踪 2 年，血象正常。

4.热毒炽盛。

主证：寒战高热，头痛身痛，咽喉肿痛，口腔或二阴溃疡，四肢或遍体瘀斑，大便燥结或色黑粘滞，小便短赤，舌质红绛，苔黄燥，脉洪大或弦数。

治法：清热解毒，凉血养阴。

方药：清瘟败毒饮加减。

犀角 3 克（磨汁兑服），或水牛角 50 克（先煎），羚羊角 3 克（磨汁兑

服），生石膏 60 克（先煎），知母 15 克，黄连 12 克，栀子 12 克，黄芩 12 克，生地黄 30 克，玄参 20 克，牡丹皮 12 克，麦门冬 20 克。水煎服.每日 1～2 剂。

方解：本方以犀角、羚羊角双清气血，磨汁兑服，药专力速；石膏知母清气火；芩连栀子泻热毒；生地黄、玄参、牡丹皮、麦门冬凉血养阴。

加减法：咽喉肿痛或口腔溃烂者，加青天葵 15 克、紫花地丁 15 克，外用盐水嗽口，西瓜霜喷剂喷喉；大便燥结者加大黄 10 克；内脏出血加童便 300 毫升，三七末 3 克（冲服）。

本型为热毒炽盛，邪热入于气分、血分，多为粒细胞缺乏症合并感染，极易演变为败血症，症情复杂多变、死亡率颇高。除了大剂清热解毒、凉血散血之外，常需使用抗生素、皮质激素和支持疗法。

典型病例：

蒋某，女性，35 岁，于 1989 年 5 月 8 日入院。患者因发热、咽痛五天住院。同年 2 月在×医院诊断为甲状腺机能亢进症，给予他巴唑 1 片日 3 次口服，18 天后改为每次 3 片口服至今。五天前无明显诱因而突然咽痛、高热。体查、体温 39℃，脉搏 120 次/分、律整，呼吸 17 次/分，血压 16/10kpa，急性热病容，咽部充血，扁桃体无肿大，咽壁可见淋巴滤泡、甲状腺 Ⅰ° 肿大，血管杂音（+）。眼睑震颤（+），舌颤（+），手颤（+），肱二、三头肌反射亢进，膝、踝反射亢进。血常规：白细胞 1.1×10⁹/L，分叶核 0.55，淋巴细胞 0.45。诊断：1.急性药物性粒细胞缺乏症。2.弥漫性甲状腺肿伴甲状腺功能亢进。治疗：1.停用他巴唑。2.积极控制感染，用洁霉素 1.8g、丁胺那霉素 0.4g、氢化可的松 200㎎，分别加入 10%葡萄糖液内静脉滴注。3.用升白细胞药及对症治疗。5 月 9 日患者体温 38.8℃，面色潮红，有汗，咽痛，咽部充血明显，扁桃体 Ⅰ° 肿大，表面有脓性分泌物，心率 123 次/分，律齐。血常规：白细胞 1.5×10⁹L、分叶 0、淋巴 1000/0；血红蛋白 113g/L、红细胞 4.42×10¹²/L、血小板 160×10⁹/L。肝功能：谷丙转氨酶 180u。磷酸肌酸激酶 67.4u、谷草转氨酶 64.9u。骨髓检查：（1）有核细胞增生减低，粒细胞系与红细胞系比值为 15：1。（2）粒系增生减低，尤以中性杆状和分叶比值偏低明显。舌质红、舌苔薄黄干，脉象细数。辨证为热毒炽盛、损耗气血，液耗阴衰。治法以清热解毒，凉血滋阴。西医药同前，加服中药。处方：金银花 30 克、黄芩 10 克、山豆根 12 克、板蓝根 30 克、天花粉 15 克、赤芍 60 克、桑叶 10 克、西洋参 6 克（另煎）、麦门冬 15 克、玄参 15 克、沙参 15 克、生甘草 10 克，水煎两次，取汁 300㎖，分两次口服，日 1 剂。5 月 12 日：体温 36.6℃，心率 94 次/分，扁桃体 Ⅰ° 肿大，表面无分泌物。血常规：白细胞 3.5×10⁹/L，分叶核 0.3、淋巴细胞 0.7；血红蛋白 128g/L；血小板 165/1 ⁹/L；网织红细胞 0.006。脉弦细，热毒已退，加用益气生血养阴之品，上方去赤芍、桑叶，加黄芪 12 克、生地黄 15 克、当归 12 克。5 月 17 日：热势退尽，咽干，微红，不痛，夜间出汗，口鼻外侧出现疱疹，脉细。血常规：白细胞 6.8×10⁹/L、分叶核 0.62、淋巴细胞 0.32、单核细胞 0.06。毒邪除尽，阴血耗损未复，更方重用益气养阴养血之品升白升粒，扶正以固本。处方：黄芪 30 克，山药 30 克，阿胶 12 克（烊化），沙参 20 克，玉竹 20 克，甘草 10 克，白芍 30 克，玄参 15 克，麦门冬 15 克，天花粉 15 克，西洋参 6 克（另炖），太枣 5 枚。5 月 26 日：骨髓象检查：（1）有核细胞增生活跃，粒细胞系与红细胞系比值约 3：1。（2）粒系统增生活跃，

杆状核 16.6、分叶核 20、淋巴细胞 16，各期细胞形态未见明显改变。（3）红细胞增生活跃，各期细胞形态未见明显改变。（4）巨核细胞少见，血小板正常。粒细胞缺乏完全缓解，痊愈出院。（二）针灸治疗。

1.艾灸大锥、肾俞、足三里、气海。

2.自血穴注双足三里。

二、西医治疗

（一）白细胞减少症。

除病因治疗以外，应根据不同病理，采用不同治疗方法。1.生成障碍型。

可选用以下促白细胞生成药，一般 2～3 种已够，治疗 4～6 周无效时，改用另一组。

（1）维生素 B_4：20mg，每日 3 次，口服；或 20～60mg。每日 1～2 次，肌肉注射。

（2）叶酸：5～10mg，每日 3 次，口服。

（3）核苷酸钠：50～100mg，每日 3 次，口服。

（4）鲨肝醇：20～50mg，每日 3 次，口服。

（5〕利血生：10～20mg，每日 3 次，口服。

（6）茜草双酯片：每片 100mg，每次 4 片。每日 2 次，口服。（7）升白宁：每片 150mg，每次 3 片，每日 2 次，口服。（8）碳酸锂：250mg，每日 3 次，口服。有心脏病者禁用或慎用。

（9）其他：尚有维生素 B_6、维生素 B_{12}、丙酸睾丸素等。2.破坏过多型。

属于免疫性者，可用强的松，每日 20～30mg，待白细胞上升后，用维持量。属于脾功能亢进者，应作脾切除手术。3.分布异常型。

又称假性白细胞减少症，以中药健脾、益气、补血为主。如当归养血汤、补中益气汤。

（二）急性粒细胞缺乏症。

除了去除致病因素，严格消毒隔离以外，并采取以下治疗措施。

1.全身支持疗法。

输新鲜血，有条件者可输白细胞悬液，注射胎盘球蛋白或丙种球蛋白。

2.抗生素。

应用抗生素宜早，剂量宜大，抗菌谱要广。必要时根据细菌培养和药敏，选用抗生素。

3.肾上腺皮质激素。

用量宜大，疗程不宜长，必须有足够的抗生素和支持疗法合用。可用氢化可的松或地塞米松，静脉注射。

4.促白细胞生成药。

高热退后，可选用白细胞生成药，用法同前。

（王雪玲）

第六节蚕豆病

吞豆病又名“ 葫豆黄 ”，是一种遗传性葡萄糖-6－磷酸脱氢酶缺陷的疾病，最常见是 B 型，B+型及 A+型，A+型仅见于男人，有明显季节性。

蚕豆病在中医临床属“ 血虚 ”，“ 黄疸 ”范围。

蚕豆病的主要临床表现为血管内溶血，证见进食蚕豆 12 小时（短长 2

小时至几天，最长 15 天），突然发病，表现为受热、黄疸，畏寒，头晕头痛，恶心呕吐，腹痛腹泻或便秘，全身痠痛，尿呈酱油色，严重者烦燥不安，抽搐，尿血、或嗜睡昏迷。

体征：全身黄染（阳黄），肝脾肿大。

临床诊断依据：是以①患者有食蚕豆史，溶血性黄疸的家庭史及既往史；②呈急性血管内溶血的临床经过；③高铁血红旦白还原试验还原速度减慢；④红细胞葡萄糖-6-磷酸脱氢酯沾性减低等特征表现即可诊断。

中医学认为“蚕豆病”患者主要是体内先天不足，湿热毒邪进犯肠胃，致脾失运化。故见吐泻腹痛、湿热困脾，生化无权，故面色苍白等血虚症状，湿热郁蒸于血而为黄疸，与卫气相搏，出现受热恶寒，全身痠痛，湿热灼伤下焦则尿血，少尿或尿闭；湿织化火，耗气衄血，出现亡阴亡阳的危候。

西医认为本病的发病主要原因是由于进食新鲜蚕豆后（或接触蚕豆花粉）引起的急性溶血性贫血，目前已知，当一个患者同时存在二个基因（6-磷酸葡萄糖脱氢酶和苏氨酸或脱羧酶）缺陷时才可能在蚕豆的作用下诱发溶血，本病可发生于任何年龄，9 岁以下者多见，小于 3 点者占 78.5%，男女比例为 9：1。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

主证：身体壮，黄疸深，急性贫血，尿色黑竭，大便闭结，脉象洪数或弦数，舌苔黄腻。

治法：清黄泄热，解毒消黄。

方药：复方茵陈蒿汤。

白头翁 30 克，茵陈蒿 30 克，车前草 15 克，柴胡 10 克，栀子 15 克，大黄 10 克，滑石 30 克，水牛角 30 克（先煎），生地黄 15 克，田基黄 15 克，甘草 6 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以白头翁、茵陈蒿、生地黄、水牛角、大黄等清热凉血，化湿解毒；车前草、田基黄、滑石、栀子利水化湿；柴胡为引经药，甘草护中。

加减法：若高热加芦根 15 克，竹叶 9 克，恶心加藿香 12 克，竹菇 9 克，便秘腹痛加厚朴 12 克，枳实 9 克，木香 9 克行气通便止痛；血尿加石苇 15 克，小蓟 15 克等。

典型病例：

李××，男性，13 岁，学生。因 2 天前头痛高热，喉痛咳嗽，在外院诊为“外感”，因高热不退肌注过复方氨基比林 1 支，口服百炎净，2 天后高热仍未退，并出现腹痛难忍，疴“黑灰”即到我院门诊，证见患者高热 39℃，面色黄白，双环巩膜黄染，心率 100 次/分，律整，舌红，苔黄腻，脉洪数。检查：心率快，双肺呼吸音粗，肝大肋下 1 横指，脾大仅可触及，血常规：白细胞 5.5×10^{9}/L，红细胞 2.80×10^{12}/L，血红蛋白 70g/L，组织球 0.020，黄疸指数 16，总胆红素 29.8umol/L，高铁血红蛋白还原试验，还原建设减慢（＜75%），G-6PD 测液活性减低（＜0.31），尿色呈酱油样，尿胆素原阳性。本证属阳黄黑尿型、拟复方茵陈蒿汤加减治疗，处方：白头翁 30 克，茵陈蒿 20 克，柴胡 12 克，车前草 15 克，栀子 15 克，大黄 10 克，芦根 30 克厚朴 10 克，广木香 15 克（后下）。连服 3 剂，体温下降至 37℃，“黑尿”停止，皮肤黄染渐消退，继服药一周，复查血象：白细胞 6.8×10^{9}/L 红细胞

3.20×10^{12}/L，血红蛋白100g/L，　黄疸指数5，总胆红素4.2umol/L，尿胆素原（一），病者逐渐康复。

2.气血两伤型。

主证：面色苍白，全身无力，精神困倦，皮肤巩膜黄染，酱油色尿，舌质淡，脉沉缓。

治法；养血益气，清热利湿。

方药：参苡归地汤。

党参15克，黄芪15克，当归10克，熟地黄15克，白芍15克，白茅根20克，牡丹皮12克，仙鹤草15克，茵陈蒿15克，生地黄15克，大枣5枚。每日1剂，水煎服。

方解：本方以党参、黄芪、当归、熟地黄、白芍益气养血；生地黄、牡丹皮、仙鹤草凉血止血；佐以茵陈蒿、白茅根利水祛湿。

加减法：气虚甚可加西洋参12克，或高丽参9克（炖服）；湿热盛加萆薢15克，佩兰12克，泽泻15克，若湿热已尽，舌苔薄白者可加阿胶12克（烊化）、黄精15克。血尿加三七末1.5克（冲服）。

典型病例：

沈××，女，6岁。向来面色偏苍黄，身体瘦弱，近两天来因唇红口臭，其家长认为患儿"热气"，肠胃积滞，给予"金银花"、"腊梅花"煎服，并给予口服"百炎净"，服后第二天，患儿更见疲乏和病"黑尿"而到我院就诊，证见患儿面色苍黄，皮肤巩膜黄染。追问家长诉说患儿出生时已检查曾诊有"G-6PD缺陷史"。检查：心率90次/分，双肺呼吸音粗，未问啰音，腹软，肝脾仅可触及，查血常规：白细胞6.5×10^9/L，红细胞2.90×10^{12}/L，血红蛋白84g/L，血小板200×10^9/L，尿呈"酱红色"，尿胆原阳性，黄疸指数20，总胆红素32umol/L。高铁血红蛋白还原试验速度减慢<75%，G－6PD测定活性减低（<0.31）。本证属气血两伤型，以参莪归地汤加减治之，处方：黄芪15克、当归10克、熟地黄15克、白茅根20克、茵陈蒿15克、仙鹤草15克、大枣5枚、萆薢15克、三七1.5克、紫珠草12克、阿胶10克（烊服），连服3剂，"黑尿"即止，再服5剂，全身黄染渐消退，复查黄疸指数5。总胆红素4.8umol/L尿胆素原阴性，药到病除，渐渐治痊。

3.湿胜尿少型。

主证：黄热不甚，面色苍白或黄，中度贫血，全身无力，精神困倦，尿少，尿呈酱颜色，舌质淡红，苔淡黄腻，脉缓滑。

治法：健脾利水，清热去黄。

方药：茵陈苓术汤。

茯苓30克，白术12克，泽泻30克，猪苓30克，茵陈蒿30克，金钱草30克，甘草6克。每日1剂，水煎服。

方解：本方以茯苓、白术健脾、猪苓、泽泻、茵陈蒿、金钱草利水去湿；佐以甘草补脾益气，调和诸药。

加减法：气虚甚者加黄芪15克、党参15克、台乌12克、大枣10克；湿盛尿少，尿闭者加车前草30克、瞿麦15克、扁蓄15克、海金砂15克；"黑尿"加大黄20克、仙鹤草30克、石苇15克。

典型病例：

刘××，男，5岁，因吃蚕豆2天后，全身黄染，初排大量"黑尿"，继而尿少而急诊，证见患儿发热 38.5℃，面色苍黄，全身皮肤，巩膜黄染，

排“黑尿”，尿色呈酱油样。检查：心率95次/分，律整，肝、脾仅可触及，血常规：白细胞4.5×10^9/L，红细胞2.4×10^{12}/L，血红蛋白60g/L，血小板160×10^9/L，黄疸指数30单位，总胆红素32umol/L，尿胆素原（＋），高铁血红５５３蛋白还原速度减慢（＜75%）。葡萄糖-6-磷酸脱氢酶（G-6PD）测定结果活性碱低（＜0.31），结合病史，诊为蚕豆病。本证属湿脂尿少型，拟茵陈苓术汤加减治之，处方：茯苓15克，白术10克，茵陈蒿15克，金钱草15克。黄芪12克，海金砂14克，大蓟15克，仙鹤草15克，石苇12克，甘草6克，每日1剂，连服3剂。“黑尿”停止，尿量渐增，精神好转转，服至七剂，皮肤黄染消退，复查血常规：血细胞 0.5×10^9/L，红细胞 3.10×10^{12}/L，血红蛋白110g/L，黄疸指数4单位，血总胆红素下降至5umol/L，尿胆素原（一），患儿渐渐康复。

（二）针灸治疗。

主证：呼吸气粗，四肢拘急，口噤不开，瘀结喉中，昏迷抽搐，二便不通，舌黄燥，脉实。（用于劫阴亡阳危候）。

治法：回阳救逆，通窍醒神。

选穴：百谷、人中、风府、劳宫、涌泉、丰隆、足三里、颊草、合谷。

治疗方法：选取上述穴位，每次2～3穴，作皮肤常规消毒，用 30号针，进针后捻转，15秒至30秒出针。

二、西医治疗

（一）去除诱因。

1.对急性溶血思者要及时去除致病的诱因，如停止使用氧化剂药物，或停食蚕豆或蚕豆类制品。

2.注意预防溶血性药物反应的发生，应注意以下几点：①对易引起溶血性药物应有所认识：目前已知有近50几种药物可以引起洛血，如伯氨哇啉、奎宁、阿的平、磺胺类药物，止痛退热药中的阿斯匹林、非那西丁、氨基比林等，呋喃类中的呋喃西林、呋喃坦丁。合成维生素K和苯肼衍生物等等，这些药物是有氧化剂的特征，大多数层芳香族化台物，必须提高警惕；②使用上述有可能发生溶血的药物前，必须详细询问病者及其家属有否溶血病史；③如条件许可的话，对可疑病者在服药前先作葡葱糖-6-磷酸脱氢酶（G-6-PD）测定，如发现其活性低下则禁服上述药物。

（二）支持疗法。

1.对急性溶血期间注意供给足够水份，可补入5%葡萄糖生理盐水或10%葡萄糖，其补入量按病者年龄及病情具体酌定。

2.注意纠正电解质失衡：

酌情口服碳酸氢钠，使尿液保持硷性，以防止血红蛋白在肾小管内沉积，或给予乳酸钠静脉滴注。

3.输血：

在严重溶血患者短时急剧排出大量血红蛋白尿而出现贫血，血红蛋白迅速下降，当其下降至＜50g/L 以下者，应及时给予输入正常人血液，禁输入G-6-PD缺陷者血，男孩患儿禁输其母血。

4.及时纠正肾功能衰竭。

当患者起病急骤，大量排出血红蛋白尿的同时会出现尿少尿闭，进而发展至急性肾功能衰竭。此时除了及时补液应注意纠正酸碱失衡外，更要及时采用促肾上腺皮质激素50-100u加入10%葡萄糖500㎖静脉滴注，肾功能衰

竭如果能早期及时得到抢救的话，其治疗率可达 90%。

（蔡桂芬）

第八章内分泌系统疾病

第一节甲状腺炎

甲状腺炎分为急性（化脓性）、亚急性（非化脓性）和慢性三种。其病理特点为结节性，弥漫性甲状腺肿；临床表现为甲状腺肿大，肿胀，疼痛，微有灼热感等。属中医学“瘿痈”之范畴，是“瘿病”的一种。

急性甲状腺炎。是甲状腺发生的急性化脓性感染。它是由细菌或真菌感染所致。细菌或真菌经血液循环、淋巴道或邻近化脓病变蔓延侵犯甲状脉引起急性化脓性炎症，其中以邻近化脓性病灶蔓延最多见。本病起病较急，有高热、出汗及全身不适，甲状腺部位出现局部肿块，触病很明显，局部皮肤发红，发热。检查可以发现血白细胞明显增高，血清 T_3、T_4 正常，甲状腺吸（3）碘率正常。甲状腺扫描显示甲状腺包块部放射性分布缺损。

亚急性甲状腺炎。是由于病毒感染后甲状腺发生变态反应的非化脓性炎症。发病较急，但因病程明显长于急性甲状腺炎，又明显短于慢性淋巴性甲状腺炎，故将其视为亚急性炎症。亚急性甲状腺炎发病时颈前甲状腺部位出现包块、疼痛、发热（程度不一），并常有一过性甲状腺功能异常。实验室检查，血沉明显增快，血清 T_3，T_4 增高，甲状腺吸（3）碘率明显降低。

慢性淋巴性甲状腺炎。是自身免疫引起的一种慢性甲状腺炎，也称桥本病。患这种病的人，甲状腺往往增大，甲状脉触上去显得比较硬，一般没有压痛。查血甲状腺蛋白抗体，甲状脉微粒体抗体往往可以发现是阳性的，甲状腺扫描可以发现甲状腺的放射性分体较为稀疏。多数的病人在病情发展到某个阶段可以出现甲状腺功能减退。

中医学认为甲状脉炎是六淫之风温、风火，客于肺胃，内有肝郁胃热，积成上壅，结于颈前，为本病的主要病机。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.风温痰毒型：

主证：颈部肿胀，红肿疼痛，发热畏寒，口渴咽痛，气促声嘶，小便黄，脉浮数，苔薄黄或薄白。

冶法：疏风清热，化痰散结。

方药：牛蒡解肌汤合四海舒郁汤加减。

牛蒡子 12 克，薄荷 6 克（后下），荆芥 12 克，连翘 12 克，枝子 12 克，牡丹皮 2 克，海藻 15 克，海螵蛸 15 克，海带 15 克，海蛤粉 15 克，玄参 15 克，石斛 12 克。

方解：方中牛蒡子、薄荷、荆芥疏风清热；连翘、枝子、牡丹皮泻火解毒，散结消肿；海藻、海螵蛸、海带、海蛤粉化痰软坚，解痰火之郁结，玄参、石斛养阴清热；诸药配伍，散中有清，清中有消，消中有养，共奏其效。

加减法：咽痛，口苦加桔梗 12 克、射干 12 克等。

2.血瘀痰结型。

主证：颈前积块增大，质坚硬，边界不清楚，推之不移，疼痛拒按，声音嘶哑，吞咽困难，呼吸不畅，口苦口于，舌红，苔黄或挟瘀、脉弦。

治法：疏肝清热，化瘀散结。

方药：柴胡清肝汤合海藻五壶汤加减。

柴胡 12 克，枝子 12 克，黄芩 12 克，连翘 12 克，海藻 15 克，昆布 15 克，浙贝母 15 克，当归 9 克，川芎 9 克，赤芍 12 克，生地黄 15 克，青皮 6 克。

方解：方中柴胡、枝子、黄芩疏肝泻火；连翘轻消透邪；海藻、昆布化痰软坚。为沉瘿之要药；浙贝母化痰散结；当归、川芎、赤芍、生地黄活血化瘀，凉血滋阴；青皮疏肝理气、行血之气，合助化瘀消痰之力。

加减法：结节坚硬者加三棱 12 克，莪术 12 克，丹参 15 克，海浮石 30 克，以增强软坚消瘿作用。

（二）单方，验方。

①急性甲状腺炎早期，局部宜冷敷，晚期宜热敷。

②金黄散用水或凡士林调成糊状，于病变局部外敷，每日 1～2 次。

二、西医治疗

（一）急性（化脓性）甲状腺炎，须用抗菌药物治疗。首选青霉素，每次 80 万μ，肌肉注射，每日 2 次，1 周后改用口服抗生素，最后作穿刺液及血液培养，并作药物敏感试验，然后选择敏感的抗生素，颈部疼痛明显，可以用一些去痛类药物，如去痛片及消炎痛等。

（二）亚急性甲状腺炎。用肾上脉皮质激素治疗，疗效显著，而抗生素无效。强的松口服，每天 4 次，每次 5㎎（如 1～2 周效果不量，剂量加倍），连用 2 周后，逐步递减剂量，全疗程需 1～2 个月。愈后复发者，并有甲状腺功能减退者，在用强的松治疗的同时，加服甲状腺索片，每日用 40～120㎎，连用几个月后，减量至停用，对预防复发有较好的效果。

（三）慢性甲状腺炎。用肾上腺皮质激素治疗，可有暂时性的效果。在甲状腺功能低下的表现时用甲状腺素片，每日 40～120㎎，长期或终身服用。

（四）手术治疗。

急性甲状腺炎脓肿形成，必须作甲状腺脓肿切开引流，以便有效清除脓液，局部的炎症才能尽早控制。

（郑俊煦）

第二节单纯性甲状腺肿

单纯性甲状腺肿是以缺碘为主的代偿性甲状腺肿大，一般不伴有甲状腺功能夫常。本病多见于女性。属祖国医学“瘿病”的范畴，为痰气郁结所致。

本病可分地方性与散发性两种，前者是由于碘摄入不足，多分布在我国西北、西南、华北等海较远的山区，是一种地方性流行性疾病，后者是由于碘需要增加，多发生在生长发育期、妊娠期、哺乳期及绝经期，是一种散发于各地的疾病。

单纯性甲状腺肿的临床表现是以起病缓慢，常在青春发育期发病，女性多于男性。早期常无自觉症状，或觉颈前增粗。甲状腺多两侧弥慢性肿大，或以一侧为主，质软，平滑或有结节，无压痛，在甲状腺部位触不到震颤和听不到杂音。晚期可出现压迫症状，如压迫气管则有刺激性咳嗽及呼吸困难；压迫食道则有吞咽困难；压迫喉返神经则有声音嘶哑；血清 T_3、T_4 水平均正常，甲状腺吸（3）碘率一般正常，但有时增高，如果做甲状腺激素抑制吸 3 磺试验，结果显示服甲状腺激素反甲状腺吸（3）碘率受到明显的抑制。

临床诊断依据是以起病缓慢弥漫性代偿性甲状腺肿大，女性多见，甲状腺功能失常的临床症状及实验室检查。

中医学认为本病的病理主要为痰湿与气滞。脾气素虚，痰湿内生，痰湿内阻则气滞不利，痰气博结颈下而为本病。或因郁怒伤肝，肝失条达，以致气郁生痰，痰气高阻，搏结于颈下症可为本病。

西医认为本病的发病主要原因是碘的缺乏，因为碘在合成甲状腺激素过程中是一种重要原料，在缺乏原料“碘”，而甲状腺功能仍须维持身体正常需要的情况下，垂体前叶促甲状腺激素的分泌就增加，促使甲状腺过度代偿性分泌甲状腺素，以适应机体需要，因而导致发生代偿性肿大，这种代偿性肿大实际上是甲状腺功能不足的表现。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.气滞型。

主证：甲状腺肿大，常因情志不和，月经、妊娠等而加重，胁痛腹胀，经来乳房作胀，少腹疼痛，苔薄，脉弦。

治法：理气解郁。

方药：四海舒郁丸加减。

海蛤粉 9 克，海带 25 克。海藻 25 克，海螵蛸 25 克，昆布 25 克，陈皮 6 克，生牡蛎 25 克，柴胡 12 克，香附 9 克，郁金 9 克。

方解：本方以海蛤粉、海带、海藻、海螵蛸、昆布、生牡蛎消痰，软坚，散结；以柴胡、香附、郁金行气解郁。

加减法：口苦苔黄者，加夏枯草 15 克。

2.痰湿型。

主证：甲状腺肿，神疲肢困，乏力少气，胸闷纳少，苔白腻，脉濡。

治法：化痰软坚，健脾除湿。

方药：海藻玉壶汤加减。

海藻 15 克，昆布 15 克，党参 9 克，白术 9 克，茯苓 9 克，陈皮 9 克，法半夏 6 克，川芎 6 克，甘草 3 克。

方法：本方以海藻、昆布消痰、软坚、散结；川芎活血行气；党参、白术、茯苓、陈皮、法半夏健脾除湿。

加减法：若兼阳虚身冷畏寒者，加肉桂 3 克（焗服），熟附子 9 克，腺体肿大有结节者可加丹参 15 克，桃仁 12 克，红花 6 克等。

（二）新针疗法。

主穴：阿是穴，曲池。

备穴：天突。

针法：在肿大的甲状腺两侧，选出对称点，为阿是穴，针尖向对侧角缓缓针刺 1～1.5 寸深，注意不要刺伤动脉，局部出现胀感时退针，然后针曲他，隔日针治 1 次。

二、西医治疗

（一）碘剂碘剂对地方性甲状腺弥漫型较结节型疗效为佳。每日服碘化钾 10mg，或复方碘溶液 2 滴。二周为一疗程，然后每隔 3～4 个月再给一疗程，间歇治疗一年左右。

（二）干甲状腺制剂：一般用于碑剂治疗无效或甲状腺反而增大时。对

早期、青春期及孕妇患者，先天性甲状腺肿，以及有甲状腺机能低下者亦可应用。常用剂量为每日 60～180㎎，服一个月，停药后有复发可重复治疗或长期治疗。

（三）手术治疗。手术指征学：①腺体过大，妨碍工作和生活；②有压迫症状，并经内科治疗无效；③结节型疑有癌变或甲状腺肿伴甲状腺机能亢进的可能。

（郑俊煦）

第三节甲状腺机能亢进症

甲状腺机能亢进症（简称甲亢）是由于自身免疫反应等因素致使甲状腺腺泡细胞分泌过多的甲状腺激素而引起的疾病。

本病的临床表现，多见于女性，尤其是多见于青年女性（20～40 岁最多），女：男=4：1。多数起病缓慢，凡具有以下典型症状，体征，及实验室检查超出正常值者，即诊断为本病。

（一）甲亢典型症状：易兴奋，怕热多汗，倦怠乏力，眼胀不适，心悸心烦，多食善饥，四肢颤抖，失眠多梦，大使次数多，月经不调等。

（二）甲亢典型体征：眼球外突，眼裂增宽，甲状腺肿大，四肢震颤，体重减轻，心动过速，收缩压增高，脉压差增大等。

（三）实验室检查：碘吸收卒升高且高峰提前出现（3 小时＞30%，24 小时＞50%）T_3（或 T_4）抑制试验阳性（3 小时及 24 小时抑制率＜45%）血清 T_3、T_4超出正常值。

甲亢属于中医“瘿病”、“瘿气”范畴，如《医学入门·瘿瘤篇）中有典型描述，中医认为本病多由精神刺激、情志不调所致。情志内伤致肝气郁结，郁久化火，火盛伤阴，表现为烦躁、心悸汗多，阴虚火旺之症；热灼胃津而见善食消瘦之象；肝为刚脏，体阴而用阳，阴虚肝旺，肝火上升而有手震，心跳，眼球突出；火盛的津为痰，痰随肝气上逆，凝结于颈，故见瘿肿。

本病经过药物治疗多数患者可得到良好缓解。有的仅需用药半年，有的病程可达 2～3 年而药后仍有复发。

［治疗］

一、中医治疗

（一）分型治疗。

在甲亢的中医治疗中，国内各医院各有自己的经验。分型繁琐复杂，辨证治疗方案，迄今未统一，笔者认为分为两型较为实用。

1.阴虚阳亢型。

主证：心烦失眠，心悸怔忡，腰痠乏力，怕热汗多，面赤颧红，性情急躁，手指震颤，口干喜冷饮，消谷善饥，尿频，舌质红或边尖红，苔薄白或薄黄，脉细数。

治法：滋阴降火，化痰散结。

方药：消瘿 1 号（自拟方）。

玄参 15 克，生地黄 15 克，麦门冬 12 克，浙贝母 15 克，青皮 6 克，猫爪草 18 克，夏枯草 15 克，三棱 12 克，莪术 12 克，丹参 15 克，黄药子 10 克，穿山甲 15 克（先煎）。每日 1 剂，水煎温服。

方解：方中的玄参、生地黄、麦门冬滋阴降火；浙贝母、青皮理气化痰；

黄药子、猫爪草、夏枯草、丹参、三棱、莪术、穿山甲活血，软坚，消瘿散结。

加减法：甲状腺肿较大加白芥子 12 克、田七末 1.5 克（冲服）；心悸失眠；加远志 10 克、磁石 30 克；手抖剧，面红目赤加珍珠母 30 克（先煎）、钩藤 12 克；胃热易饥热重加石膏 30 克、知母 9 克；突眼明显者加牛膝 15 克、鸡血藤 30 克、刺蒺藜 12 克、地骨皮 15 克、泽泻 15 克、枸杞子 12 克、瓦楞子 3 克。

典型病例：

陈×，女，35 岁，已婚，1989 年 11 月 2 日初诊。主诉：心悸，失眠多梦，烦躁怕热，汗出乏力，善食易饥 6 个月，加重 25 天。

患者于 5 个月前始自觉心跳加快，动则更甚，晚上睡眠不好、梦多易醒，急躁易怒，怕热，汗出乏力，饮食倍增，食后不久易饥饿，体重减轻 3 公斤，口于口苦。曾到市某医院检查，确诊为甲亢，并口服抗甲状腺药物治疗，服药一段时间因白细胞进行性减少、药物性皮疹而停用抗甲状腺药物治疗，来本院门诊要求中医治疗。查：甲状腺呈中度肿大，并伴有血管杂音和震颤，右眼球突出，手颤，体重 43 公斤，心率 110 次/分，心律不整，偶有早博，心尖部收缩期杂音。舌红，苔薄黄，脉弦滑数。查血象白血球‘ $4.2\times^{9}$/L。$T_3$4.6nmol/L，$T_4$262nmol/L。

甲亢指数积分 15.55。西医诊断为甲亢。中医诊为瘿气，辨证为气郁痰瘀，阴虚阳亢。治以理气化痰，滋阴降火，消瘦散结。方用消瘿 1 号（自拟方），水煎 2 次，早晚温服，每日 1 剂。连服 1 周，诸症减轻。

2.脾虚痰湿型。

主证：精神抑郁，胸闷胁痛，吞咽不爽，胃纳不佳，餐后饱胀或有恶心呕吐，消瘦乏力，大便溏薄，双目突出，甲状腺肿大，月经前浮肿，舌质胖，有齿印，苔薄白腻，脉细滑。

治则：健脾化湿，化痰散结。

方药：消瘿 II 号（自拟方）。

黄芪 15 克，党参 12 克，白术 10 克，陈皮 5 克，白芍 15 克，法半夏 12 克，泽泻 15 克，刺蒺黎 12 克，夏枯草 15 克，猫爪草 18 克，丹参 15 克，黄药子 10 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中的黄芪、党参、白术、泽泻益气健脾化湿；陈皮、法半夏、白芍、刺蒺藜解郁化痰；夏枯草、猫爪草、丹参、黄药子化痰、软坚散结。

加减法：肝郁气滞者，加柴胡 12 克、白芍 15 克、钩藤 15 克；痰湿凝滞，瘦肿明显者，加浙贝母 15 克；若恶心呕吐、便溏乏力，可加薏苡仁 18 克、白扁豆 30 克。

上述两型临床上常交错在一起，上述方剂可以交叉应用。但应按分型有所侧重。

黄药子本身带有微毒，用药时注意分量使用，必要时定期复查肝功能。有肝病者，原方减去黄药子。黄药子软坚散结的作用较强对甲状腺痛及甲亢症均有一定的疗效。

（二）针刺疗法。

主证：畏热多汗，五心烦热，咽干口燥，易饥多食，心悸心慌，气短乏力，自汗，便溏泄，次数增多，舌淡红，少津，脉细数。

治法：清热，养阴益气。

选穴：足三里（+），公孙（+），三阴交（+），太溪（+），内关（—）双，关元（+）。

治疗方法：进针得气后用捻转提插补泻法隔日针刺 1 次。10 次为一疗程。

值得提出的是，过去相当长的时期内不少医生好用含碘较多的中药治疗甲亢，治疗初期缓解甲亢症状有效，但随之而来绝大多数病人病情反跳明显，并使甲亢病情难以控制。这是因为，碘入人体内暂时抑制了甲状腺激素的释放、使甲亢症状减轻，随之这种抑制作用消失，甲状腺激素大量合成和释放，使甲亢反复，并加重病情。因此，在使用中药治疗时应避免用含碘多的中药。

二、西医治疗

（一）正确对待疾病，清除顾虑，增强战胜知疾病的信心。合理安排工作和生活。适当补充维生素 B 族和维生素 C。

（二）硫氧嘧啶及嘧唑类药物：常用的有：甲基硫氧嘧啶，丙基硫氧嘧啶和他巴唑。此类药物能阻碍甲状腺素合成，适用于甲状腺轻度肿大，症状较轻，病情较短者，也常用于儿童、孕妇、年老、体弱，有并发症（如心力意识）不宜手术者；或作手术前备血用。甲亢的治疗一般分突出（饱和）期，撤退（减量〕期及维持期，各期剂量如下：

突出期撤退期维持期

（1～2 月）（3～6 月）（1/2～1 年）

他巴唑 30～60mg/天 15～45mg/天 5～15mg/天

甲基或

丙基硫 300～600mg/天 150～450mg/天 50～150mg/天

氧嘧啶甲亢的药物治疗最少需一年，最好维护 $1\frac{1}{2}$～2 年。可减少复发。

药物副作用：有粒细胞减少，药热，药疹等。当白细胞减少至 3.0×10^9/L 以下，或虽在 3.0×10^9/L 以上，但中性粒细胞数在 1.5×10^9/L 以下时，宜补充升白细胞药物如：肌苷、维生素 B_4，沙肝醇，利血生等，或暂停药。初期最好于服药过程中每隔 1～2 周检查血象 1 次。

（三）心得安在甲亢治疗中的作用：

（1）改善多汗，心悸与神经质等症状，使全身有舒服感。

（2）可减慢心率，心房纤颤可转为窦性心律。

（3）手指震颤及过度活动可减少。

（4）改善甲亢的负氮平衡及甲亢性肌病。

甲亢时应用心得安的适应症：

（1）作为抗甲状腺药物的辅助药，作用较快。

（2）作药 2131 治疗的辅助药，弥补其作用缓快的缺点。

（3）应用于甲亢危象，特别可控制其心动过速。

（4）作手术前准备，术前平均服用 25 天，术后继续服 7～10 天颇为成功，术中生血较少。

（5）单独治疗甲亢，当患者对 I^{131}，手术及抗甲状腺药都禁忌时可单独应用心得安控制症状。

（6）可用于治疗甲亢性周期麻痹及甲亢的高血症。

禁忌症：①心力衰竭，②支气管痉挛——哮喘。

剂量：10～40mg 每日 3 次。

（四）手术治疗。

甲状腺次全切除为治疗本病甚至有效的方法。

手术特征：

1.甲状腺肿大显著，尤其结节性肿大者；有可疑恶性变者，有明显局部压迫症状者。

2.抗甲状腺药物治疗无效，或副作用大者。

3.药物治疗后复发者。

（郑俊煦）

第四节甲状腺机能减退症

甲状腺机能减退症简称“甲减”，是由于甲状腺激素合成，分泌不足引起的疼病，其特征表现是机体代谢降低。因发病年龄，病理生理改变及临床表现之不同，本病可分为呆小病及幼年型与成年型三类。本节主要讨论成年型甲状腺机能减退症，该病可按病因不同分为原发性与继发性两型。

（一）原发性甲状腺机能减退，因甲状腺自身病变，如甲状腺先天异常，甲状腺自身免疫性疾病，缺碘，甲状腺手术或放射治疗等造成的甲状机能减退。

（二）继发性甲状腺机能减退，原发病变不在甲状腺，而是由于下丘脑，垂体病变引起的甲状腺机能减退。

本病的临床表现除因手术切除过多的甲状腺组织而发病相对较快之外，一般的发病较缓慢。患者一般不知起病的时间，常被亲戚朋友发现而就医。最早出现的症有疲劳、乏力及不能耐冷。虽然有食欲减退，但多数反而体重增加。继则出现睡眠、记忆力减退及思维退纯，反应迟钝，动作缓慢，少言懒语，声音变粗而低，全身皮肤苍白或微黄而干冷，粗糙。面容虚肿.面色苍白，表情呆滞（粘液性水肿面容）。毛发疏脱落，四肢麻木且呈非凹陷水肿等。性欲减退，妇女患者多数有月经过多，男性患者阳萎。成年人发病多在40～60岁之间，男女之比力1：4～5。

本病的临床诊断依据，有上述临床症状表现，并做过甲状腺手术或放射性131碘治疗病史、甲状腺摄131碘率明显低于正常，基础代谢率常在—20%以下，T_3、T_4水平下降，可确诊为本病。检验血清 TSH（促甲状腺）含量增高的，可确诊为原发性甲减，血清TSH明显降低，可诊为继发性甲减。

甲减在中医学临床中属“水肿”所“虚劳”的范畴。本病在《内经》称为“水肿”，《金匾要略》称为“水气”。为脾肾阳虚所致。

祖国医学认为本病主要在脾肾。肾为先天之本，脾为后天之本。先天禀赋不足或因长期缺碘，大剂量服用抗甲状腺药物，过量使用放射性131碘以及手术，外感邪气等损伤甲状腺组织，耗伤中气损及脾阳，故见倦怠乏力，少言懒言，四肢浮肿，腹胀，腹水纳呆等，病程迁延日久，累及心肾之阳，损及宗气与元气，故见表情呆滞，反应迟钝，动作缓慢，畏寒少汗，头昏耳鸣，胸闷心悸，性欲减退等，阳虚无以生阴，气耗难以化血，以致阴伤血亏。故见皮肤苍白多屑，毛发枯稀脱落，面色无华等。

本病若迁延日久，或久病不愈，可由水气凌心而导至心惊，气促等危候。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.脾阳虚弱型。

主证：下肢浮肿较甚，按之凹陷不易恢复，脘闷腹胀，纳减便溏，面色萎黄，神倦肢冷，小便短少，舌状淡，苔白滑，脉沉缓。

治法：温中健脾，行气利水。

方药：甲减 1 方（自拟方）。

熟附子 12 克、白术 15 克，茯苓 15 克，干姜 9 克，桂枝 6 克，猪苓 15 克，泽泻 15 克，黄芪 15 克，党参 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以白术、茯苓、熟附子、干姜以温中健脾；桂枝、猪苓、泽泻；以肋膀跳之气化而利小便；党参、黄芪以补脾胃之加减法：胃纳减退加谷芽 30 克、麦芽 30 克；小便短少加车前子 15 克、牛膝 15 克。

典型病例：

李××，女性，42 岁。有甲亢病史 20 多年，口服抗甲状腺药物治疗已有 10 多年，因眼药物不当，甲状腺越来越增大结节为桃核大。于 3 年前曾于市×人民医院行手术治疗，术后 2 年甲亢症状复发，于 1 年前迫之无奈于某医院口服同位索治疗，于半年前出现甲减症状，疲劳，乏力畏寒，食欲减退，全身浮肿，面色苍白，少言懒语，甲状腺摄(3)碘率明显低于正常，T_3、T_4水平下降、TSH 含量增多，诊断为原发性甲减，脾阳虚弱型，给予甲减 1 方治疗，连服两周诸症减轻。

2.肾阳衰弱型。

主证：全身水肿，腰以下尤甚，腰痛痠重、尿量减少，四肢厥冷，怯寒神疲，面色灰滞或晃白，舌状淡肿，苔白，脉沉细。

治法：温肾利水。

方药：甲减Ⅱ方。

熟附子 12 克，白术 15 克，白芍 15 克，茯苓 15 克，巴戟天 12 克，党参 15 克，生姜 3 片，牛膝 12 克，车前子 15 克，肉桂 3 屯（焗服）。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以熟附子、肉桂、巴就天等以温补肾阳，使阳气得复，寒水得化，小便得利，则肿自消退。

加减法：小便少加猪苓 15 克、泽泻 15 克；喘息自汗不得补加炙甘草 9 克、五味子 6 克；煅牡蛎 30 克，以防喘脱。3.脾肾阳虚型。

主证：面色萎黄、苍老，神疲乏力，形寒肢冷，少言懒语，记忆力减退，纳差，便秘。腰背痠疼，全身肿胀，皮肤粗糙，月经提前而量多。性欲减退，男子阳萎，舌淡体胖，周边有齿印，黄薄白，脉沉细。

治法：补肾壮阳，健脾益气。

方药：甲减Ⅳ方。

炙黄芪 30 克，山药 30 克；熟地黄 24 克，山茱萸 18 克，赤茯苓 15 克，党参 15 克，泽泻 15 克，牛膝 12 克，车前子 12 克，炒白术 12 克，熟附子 9 克，肉桂 3 克（焗服）。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中山茱萸、熟附子、肉桂等补肾壮阳；黄芪、山药、党参，白术等健脾益气：赤茯苓、泽泻、车前子等利水化湿。

加减法：大便清去熟地黄，加布渣叶 15 克。

（二）针刺治疗。

主证：神疲乏力，嗜唾、智力减退，畏寒肢冷，四肢不温，面浮肢肿，腰膝痠软，皮肤粗糙，毛发干枯，易脱落，食欲不振，大便秘结，女子月经

不调，甚致闭经，男子性欲减退甚至阳萎，面色晃白或萎黄，舌淡胖，有齿瘢，苔白腻，脉沉细。

治法：温阳益气，健脾补肾。

选穴：大椎、肾俞、俞门、膻中、风池、丰隆、关元、天突。

治疗方法：对甲减患者，在针刺治疗时可采用温针方法，针刺得气后，将艾绒捏在针柄上点燃，直到艾绒燃完，再换上新的艾绒，每次每穴可烧 3～5 灶，疗程：隔日治疗 1 次，10 次为一疗程。

二、西医治疗

（一）一般治疗：适当休息，预防感染，给易消化富有营养的饮食。

（二）甲状腺激素替代治疗：国内甲减病人主要用于甲状腺片进行替代治疗。于甲状腺片含有 T_3 和 T_4 两种甲状腺激素，价格便宜。每天用量 40～200 毫克。每片剂量多为 40 毫克，也有含 60 毫克的。在治疗中除了根据甲减表现的减轻或加重，还需定期检查血清 T_3、T_4 和 TSH，综合病人的表现和血清 T_3、T_4、TSH 的检查结果，然后再决定是否更动原来的治疗用量。

甲减病人开始用甲状腺片治疗时，应从小坚量用起，逐步增加到所需的合适剂量。一般来说，先从每日 20㎎ 开始，1 周后如无心悸感觉可以增加到每日 40㎎。但是，对于老年人或亦有冠心病，甲减性心肌病病人，开始剂量宜从每日 10㎎ 用起，1 周后如心脏病症状未见加重，可增加到每日 20㎎，1 周后再增加到每日 30㎎ 或 40㎎，以后根据病情决定是否增加。

为什么开始剂量要小，主要是防止甲状腺片诱发心脏病或加重心脏病，如果从小剂量开始，逐渐加量，心脏有一个适应过程，就有可能不出现心脏异常情况。

（三）病因治疗：有的甲减病人还应从病因上积极治疗，若是因为药物导致的甲减，减量或停用后，甲减可以自行消失；

若是下丘脑或垂体有大肿瘤，行肿瘤切除后，甲减有可能得到不同程度的改善；若是亚急性甲状腺炎引起的甲减，亚急性甲状腺炎治愈后，甲减也会消失；若是长期缺碘引起的甲减，需补充碘的投入。

（四）对症治疗：贫血明显者，必要时加用铁剂及维生素 B_{12}。心力衰竭者，用甲状腺制剂后即好转，必要时吸氧，用利尿剂，一般不需洋地黄类药物。

（郑俊煦）

第五节垂体前叶机能减退症

垂体前叶机能减退症（又称“ 席汉氏病 ”）是由垂体或下丘脑的多种病损累及垂体的内分泌功能而成。当垂体的全部或绝大部分被毁坏后，可产生一系列的内分泌腺功能减退的表现，主要累及的腺体为性腺、甲状腺及肾上腺皮质。本病多见于女性，多与产后出血所致垂体缺血性坏死有关。

垂体前叶机能减退症主要临床表现为产后极度虚弱，乳房不胀，无乳汁分泌，持续闭经，即使月经恢复也往往稀少而不规律，不能再次妊娠，性欲减退，阴毛、腋毛脱落，眉毛稀疏，头昏、乳房萎缩，嗜睡，不喜活动，畏寒，皮肤干燥。食欲差，便秘，体温偏低，脉搏缓慢，血压降低，面色苍白，贫血，患者多有浮肿。非产后大出血所致。垂体坏死性垂体前叶功能减下者，

其发病率无男女差别。如在儿童期发病，则生长发育受影响，成为垂体性侏儒。男性成年病人除甲状腺和肾上腺皮质功能低下症状外。常阳萎、睾丸及阴茎萎缩等。个别人有消瘦。恶病质常伴头晕，严重时出现昏述以至死亡。

体征：分娩大出血所致，多见于 30～40 岁的经产妇，大多有分娩时出血性休克，甚至昏厥的病史。轻者常见及表现为乏力，轻度贫血，月经量少。重者可出现典型的临床表现：1.由于泌乳素及促性腺素激素分泌减少。2.由于促甲状腺素激素分泌减少。3.由于促肾上腺皮质激素分泌减少。4.垂体性危象。

实验室及其他检查：

1.内分泌功能检查。

（1）血及尿中促性腺激素减少，尿中女性激素及其代谢产物排出减少。阴道涂片呈角化和伊红细胞减少，提示血中雌激素水平降低。

（2）血中促肾上腺皮质激素及皮质醇水平降低，尿门羟类固醇及 17 酮类固醇排出减少。ACTH 兴奋试验呈延迟反应。

（3）血中促甲状腺激素（TRH）、黄体生成激素释放激素（LRH）对垂叶的刺击反应均见减低。

2.血液化学：空腹血糖偏低。

3.血常规：轻、中度红细胞性贫血，白细胞总数正常或偏低，淋巴细胞或嗜酸粒细胞增多。

4.X 线检查：席汉氏综合征时蝶鞍 X 线正常。或为鞍内肿瘤，可见蝶鞍扩大或骨质破坏。

中医认为垂体机能减退属“虚劳”范畴，中医认为本病多见产后大出血或由于难产下血过多，以致损伤脉络，气血暴虚，未得平复，或因劳伤，惊恐致血暴崩，或因多产，失血过多而体质虚弱，以致脏腑俱伤，气不摄血，伤及冲任，冲任受损引起月经久停，毛发脱落，失血也可伤及肝阴，波及肾阳造成肾阴虚，阴病及阳，肾阳亦虚，则命门火衰，肾病及脾，则引起虚脾。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.精血亏损。

主证：乏力肢软，面色苍白，腰酸瘘痛，乳少或无乳，月经量少或闭经，阴毛、腋毛脱落。舌淡脉沉细弱。

治法：填精补血。

方药：大补元煎。

人参 6 克（另炖），熟地黄 15 克，山药 12 克，杜仲 15 克，枸杞子 12 克，当归 12 克，山茱萸 15 克，炙甘草 8 克。每天 1 剂，水煎服。

方解：人参、山药、炙甘草、益气固肾；杜仲温补肾阳；熟地黄、山茱萸、枸杞子、当归、生精补血。

加减法：乏力甚者可加黄芪 30 克增强补气之力；闭经者加用益母草 30 克；养血活血化瘀、腰瘘肢软者加用续断 15 克、桑寄生 25 克补肾强腰。

2.脾肾阳虚。

主证：面色苍白，腰膝瘘软，嗜唾疲倦，畏寒肢冷，纳差便秘，毛发脱落，闭经阳萎，性欲减退，舌淡体胖，有齿痕，脉沉细或沉迟。

治则：温补脾肾。

方药：温补汤。

熟地黄 20 克，山茱萸 15 克，当归 12 克，枸杞子 12 克，山药 12 克，菟丝子 12 克，杜仲 12 克，鹿角胶 10 克（烊化），肉桂 3 克（焗服），熟附子 15 克，白术 15 克。每天 1 剂，水煎服。

方解：熟附子、肉桂、白术温补脾肾；杜仲、菟丝子、鹿角胶补益肾气，熟地黄、当归、杞子、山药补益精血，滋肾助阳。

加减法：若伴面容虚肿、嗜睡困倦者，加茯苓 30 克、佩兰 10 克；健脾醒脾祛湿；纳差消瘦可加鸡内金 12 克或炒神曲 10 克，健脾开胃；畏寒肢冷甚者加干羌 10 克，以温中助阳；性欲减退者加仙茅 10 克、淫羊藿 15 克，补肾壮阳。

典型病例：

陈×，女，35 岁，1988 年 9 月 18 日就诊。5 年前产后出血，经当地县医院抢救脱险出院。逐日觉四肢乏力，精神不振，食欲减退，大便溏，面色萎黄，闭经，头发逐渐脱落，乳房干瘪，腋毛、阴毛脱落，性机能减退，经内妇科检查，诊为因产后出血过多导致脑垂体萎缩，内分泌机能减退，舌淡白，脉涩细微弱，属命门火衰，肾阳衰微，冲任失调，诊为脾肾阳虚，治以温补脾肾，处方熟地黄 15 克，山茱萸、当归、杞子、山药、菟丝子、杜仲各 10 克，鹿角胶 10 克（烊化），肉桂 3 克（焗服），熟附子 15 克，益母草 30 克，续断 15 克，白术 15 克，水煎服。5 剂症状好转。

（二）其他疗法：

针灸肾俞、脾俞、足三里、关元、气海、三阴交，交替使用，留针 20～30 分钟。

二、西医治疗

（一）激素替代治疗。主要针对功能减退的周围线体并根据病情调节剂量。

1.肾上腺皮质激素，要首先补充，使其迅速改善症状，可的松每日 12.5～37.5mg，或强的松 2.5～7.5mg。晨 8 时服 2/3 剂量，下午 2 时服 1/3 剂量。遇有感染、手术等应急情况，应酌情加量。

2.甲状腺激素，甲状腺片口服，从每日 15mg 开始，每 1～2 周逐渐增加剂量。可增至每日 60～120mg，以能控制甲状腺功能减退症状为度。

3.男性激素，具有男性激素作用，还能促进合成性代谢，增加体质，可酌情使用。睾丸酮或苯丙酸诺龙，每次 25mg，肌肉注射，每周两次。

4.女性激素，适用于年轻女性患者，每天服用乙芪酚 0.5～1mg，连服 20 天继以黄体酮 10mg 共 5 日，肌肉注射。制造人工月经周期。轻症病例有时可通过下丘脑兴奋垂体，使垂体功能改善，甚至再度妊娠。

（二）病因治疗。病因为肿瘤者，主要采用放射及（或）手术治疗。

（三）垂体性危象的治疗。

1.迅速静脉注射 50%葡萄糖 40～60ml，继以 5%葡萄糖盐水静脉滴注。

2.气化可的松加入葡萄糖盐水中静脉滴往。第一天 24 小时内给 300～500mg，病情好转后，约于 1 周内逐日减少至平时维持量，以后改为口服。

3.合并感染者及早使用抗菌药物，周围循环衰竭者加用抗休克药物。

4.体温过低者要采用保暖及各种兴奋剂。严禁使用氯丙嗪等中枢神经抑制药。

第六节慢性肾上腺皮质机能减退症

慢性肾上腺皮质机能减退症（又称呵狄森氏病）是由结核、自身免疫等原因破坏双侧肾上腺的绝大部分，而致肾上腺皮质激素分泌不足所引起的疾病。

慢性肾上腺皮质机能减退症在中医属“ 黑疸 ”的范畴。

慢性肾上腺皮质机能减退症临床表现为色素沉着，其次是乏力，体重减轻，胃肠道功能紊乱，低血压，低血糖，性功能享乱；男性病人阳萎，女性病人月经紊乱，闭经，不育。神经精神症状：精神不振、健忘、失眠、烦躁，严重可导致精神失常、谵妄、昏迷。

体征：慢性肾上腺皮质机能减退起病缓慢年龄以 20～50 岁为主，主要体证为皮肤粘膜色素沉着和消度。皮肤粘膜呈淡褐色至焦煤样不同程度色素沉着，偶有白斑相同，色素沉着多于暴露、摩擦、受压部位，如指（趾）甲根部，乳晕，腰部，肛门，外生殖器和齿龈、口腔粘膜、舌头等为最明显。

临床诊断依据是特征性的皮肤粘膜色素沉着，实验室检查：排泄水负荷试验排厅量显著降低，服用皮质激素后可明显得到纠正。促肾上腺皮质激素兴奋试验可显示肾上腺皮质缺乏储备能力，诊断价值最大。

慢性肾上腺皮质机能减退症，中医认为以肾阳虚衰、阳不化水、瘀浊内阻所致。肾阳虚衰不能为脾胃蒸化水谷、运其精微、五脏失养、精血内夺、肾精失藏。肾精生骨髓、脑为髓之海，因髓海不足，可引起眩晕。精血相生，精亏则血虚，故心慌，消瘦等。精又与气相辅相成，精亏则气衰，故见困倦乏力，抵抗力降低等。精衰则阳不振，致使阴寒内盛，寒则凝滞，从而导致血行不畅。肾为先天之体，是一切活动力的本源。如肾阳不足，不能温养下焦，则产生腰疾肢冷，阳不化水而产生浮肿，阳寒内盛，气血被阻，故见面部黧黑等。

西医则认为本病因肾上腺结核造成皮质机能减退，特发性肾腺萎缩与自身免疫有关，其他少见病因有恶性肿瘤，全身霉菌感染，全身性淀粉样变性，先天性肾上腺发育不全。

［治疗］

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.脾肾两虚。

主证：神疲乏力，消瘦纳差，皮肤黧黑，腹胀腹泻，腰膝痠软，毛发失泽，腋毛阴毛脱落，性欲减退。男性阳萎滑精，女子月经不调或闭经，舌淡或淡暗，舌体胖有齿痕，苔白水滑，脉沉细或濡细。

治则：补脾益肾。

方药：鹿角胶丸。

鹿角胶 6 克（烊化），鹿角霜 12 克，熟地黄 12 克，龟板 12 克，杜仲 12 克，菟丝子 15 克，牛膝 12 克，茯苓 15 克，白木 12 克，当归 15 克，人参 10 克（另炖）。每日 1 剂，水煎服。

方解：鹿角胶、鹿角霜、熟地黄、杜仲、菟丝子、龟板、牛膝、补肾填精、滋阴补阳；人参、茯苓、白术、健脾益气；当归养血活血。

加减法：腰膝痠软，重者可加桑寄生 20 克；续断 12 克、补骨脂 15 克。壮腰强骨；乏力肢软甚者加用黄芪 30 克，以增强补气之力；面瘀征象明显加

用鸡血藤 30 克、生蒲黄 15 克、川芎 10 克、益母草 30 克、水蛭 10 克等活血化瘀。

典型病例：

陈××，男 53 岁，已婚，1989 年 2 月 10 日初诊。病者于 10 年前出现疲乏厌食，皮肤粘膜色素沉着，腹胀腹泻，腹痛，每天大便烂，2～3 次，性功能减退，头晕、腰膝痠软，舌淡，舌体胖有齿印，脉沉细。见证消瘦疲乏，面色黑黧，毛发失泽，本证属脾肾两虚。治以健脾益肾，用鹿角胶丸加减治疗，鹿角胶 10 克（烊化），鹿角霜 10 克、熟地黄 15 克，茯苓 12 克，白术 12 克，黄芪 30 克，龟板 10 克（先煎）、杜仲 12 克，菟丝子 12 克，仙茅 9 克，牛膝 12 克，当归 12 克。人参 10 克（另炖）。每天 1 剂，水煎服，服药一个月后，自觉精神、疲乏大为好转、腹胀腹痛减轻。

2.肝肾双亏。

主证：消瘦纳差，神疲乏力，皮肤黧辉，心情郁闷，心烦失眠，头昏目眩，耳鸣耳聋，手足麻木，手抖肌颤，腹胀便秘，舌质红或淡红，脉弦细或沉细。

治法：滋补肝肾，养血填精。

方药：一贯煎合四物汤。

沙参、麦门冬、生地黄、枸杞子、当归、川楝子各 10～15 克；白芍、熟地黄、川芎各 9～12 克。

方解：沙参、麦门冬、生地黄、枸杞子补肾阳、益肾精；当归养血活血；川楝子解郁行气；白芍、熟地黄养血补阳；川芎行血调气。

加减法：气虚重者加用黄芪 30 克、党参 10 克补中益气；腹胀加苍术 10 克、枳壳 10 克、茯苓 10 克、薏苡仁 10～20 克，健脾行气止泻；恶心呕吐者加用砂仁 3～5 克；法半夏、竹茹各 10 克，和胃止呕；性欲减退者，男子阳萎可加紫河车 10 克、鹿骨 3～5 克、仙茅 9 克、仙灵脾 12 克，助阳补肾；女子月经量少或闭经可加益母草 30 克、红花 120 克，养血活血。

典型病例：

徐××，男 63 岁，已婚，1986 年 2 月 1 日就诊。患者 6 年前开始疲乏，消瘦厌食，皮肤粘膜色素沉着，毛发脱落，心烦失眠，头晕眼花，手足麻木，耳鸣，大便 3～4 天 1 次，舌红，暗苔白脉弦细，检查面色黑黧，疲乏，消瘦，呈慢性病容，本证属肝肾不足，表现为头晕眼花，手足麻木，抑郁，夫眠，治补肝肾，养血填精，方以一贯煎合四物汤加减治疗。沙参、麦门冬、生地黄、枸杞子、当归各 12 克，白芍、川芎各 9 克，熟地黄 15 克，每天 1 剂，水煎服。1 周后失眠好转，心烦抑郁症减轻。

（二）其他疗法：

1.针灸。

（1）体针。可取足三里，脾俞，肾俞用补法针刺。每见留针 20min 左右，促使气血恢复。

（2）耳针。可取脾、肾、肝、皮质下留针 20min 左右或埋针治疗。

2.单、验方及成药。

（1）甘草流浸膏：主要成分为甘草次酸、有类似去氧皮质酮作用。每次 3～5ml，每日 3 次。

（2）黄芪 60 克，炖鸡服用。

（3）人参、鹿茸各 10 克，漫泡于 500ml 黄酒内，3 个月后服用，每服

10ml。每日 1 次。

（4）人参养荣丸。每服 1 丸，日服 2 次。

二、西医治疗

（一）病因治疗。针对病因进行治疗，如有活动性结核，需做系统的抗痨治疗。

（二）替代治疗。补充日常状况下生理剂量的肾上腺皮质激素。以补充糖皮质激素为主，必要时辅以皮质激素，食盐量要充分。

1.糖皮质激素。可的松或氢化可的松为首选药物。可的松需在肝脏转变为氢化可的松才能发挥作用。对于肝脏功能不良者，可的松效果欠佳。可的松一般剂量为每日 25～37.5mg，氢化可的松为每日 20～30mg，上午 8 时服全日量的 2/3，下午 2～4 时服另外的 1/3，如此服用接近生理状态下肾上腺皮质分泌的规律。人工合成的类固醇，加强的松、地塞米松也可以使用，一般剂量为每日 2.5～7.5mg，但潴钠作用弱或无潴钠作用，故不宜作为首选药物。如著采用，需补充潴钠激素。

2.性激素。患者经糖皮质激素及足量的食盐疗后，仍有慢性失水征或低血压者，可选用下列药物之一。①氟氢可的松为首选药，因其潴钠的作用强。每日 0.05～0.2mg，上午 8 时 1 次服用。②三甲基醋酸去氧皮质铜，每月肌肉主射 1 次，每次 20～50mg。③醋酸去氧皮质酮油剂，每日或隔日 2～2 ·5mg。

以上剂量均为一般剂量，临床上一定要根据个体情况酌情加减。糖皮质激素过量可有欣快、失眠、高血压等，盐皮质激素过量可发生水肿、高血压、低血钾等，出现上述情况要酌情减量。若临床改善及体征改善不明显而又无其他伴发疾病时，多为药量不足，要酌情加量。此外，在感染，外伤，手术等应急情况下，必须增加药量，以免发生危象。

（三）肾上腺危象的治疗。

1.皮质激素。氢化可的松 100mg，溶于 5%葡萄糖盐水中，于 2～4 小时内滴完。以后根据病情每 4～8 小时滴入 100mg，次日病情好转时，逐渐减量或改为醋酸可的松肌注，每 6～12 小时 25～50mg，病情稳定后，改为常规治疗。

2.补液。补液量视病人脱水、缺钠的严重程度而定。以采用 5%葡萄糖盐水为宜，可同时纠正低血糖，并补充水和钠。在补足血容量后，血压仍低者，可酌情使用升压药物。

3.积极治疗感染及祛除诱因。

（郑俊熙）

第九章新陈代谢和结缔组织疾病

第一节糖尿病

糖尿病是一组病因和发病机理尚未完全阐明的内分泌一代谢疾病，因胰岛索分泌绝对或相对不足以及靶细胞对胰岛素敏感性降低，引起糖、蛋白质、脂肪和继发的水、电解质代谢紊乱，而以高血糖为特征。

糖尿病属中医消渴病范畴。

糖尿病的临床表现主要有以下几个方面：1.代谢紊乱综合症，一般有下列典型症状：多尿，烦渴多饮、善饥多食、疲乏，消瘦，虚弱。2.糖尿病慢性病变：心血管病变，糠尿病慢性肾病，眼部病变，神经病变，皮肤及其他病变。3.糖尿病急性病变：糖尿病酮症酸中毒、高渗性非酮症性昏迷，糖尿病乳酸性酸中毒。4.糖尿病合并感染：呼吸道、泌尿道、肝胆系统及皮肤、口腔感染等。

糖尿病的诊断一般可以按以下三种情况分别处理：1.典型病人，即病人已有典型的糖尿病症状，口渴，多饮，多尿，悄瘦等，进一步查空腹血糖≥7.8mmol/L（140mg/dl）或餐后 2 小时血溏≥11.1mmol/L（≥2000mg/dl）即可诊断糖尿病。2.以特殊临床表现起病者：如以糖尿病酮症酸中毒起病者多见于Ⅰ型儿童或者青少年病人；以高渗性糖尿病昏迷起病者多见于中老年Ⅱ型糖尿病病人，女病人往往以外阴搔痒或泌尿系感染为主诉，有的病人表现为反复皮肤化脓性感染或多发性疖肿，有的可因突然视力障碍或低血糖发作而就诊等。遇有这些特殊情况，应及时查血糖和尿糖。3.对可疑糖尿病的诊断，遇有下列情况时应进一步作糖耐量（OGTT）试验以确定诊断：①尿糖阳性而空腹血糖正常；②餐后 2 小时血糖≥9.0mmol/L 但低于 11.1mmol/L（<200mg/dl）；③有糖尿病家庭史包括糖尿病挛生子；④女病人有妊娠过期、胎儿过大或死产病史者；有自发性低血糖反应者。

中医学认为消渴的病变脏腑着重于肺、胃、肾，而以肾为关键。其发病的内在因素为素体阴亏，禀赋不足。外因诸如：饮食不节，过食肥甘，形体肥胖，精神刺激，情志失调，外感六淫，或伤邪毒，劳欲过度，损耗阴精等。基本病机为阴津亏耗，脾气虚弱，燥热偏盛，瘀血阻滞或痰湿内盛。脾肾亏虚为本。瘀血燥结为标。病久则阴损气耗阳伤而致气阴两伤，阴阳俱虚，脉络瘀阻，筋脉失养，脏腑受损。

现代医学认为临床糖尿病不是单一病因与发病机制引起的疾病，而是由不同病因与发病机制引起体内胰岛素缺乏或胰岛素作用减弱，临床以糖代谢异常为主要表现的一组异质性代谢疾病的总称。目前认为原发性糖尿病的致病因素主要有遗传因素与环境因素两方面，后者与病毒感染、自身免疫改变和营养等因素有关。但是对占临床糖尿病 90%的原发性糖尿病的基本病因仍未完全了解。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.阴虚燥热型。

主证：口渴引饮。饮一溲一，形体渐瘦，不耐疲劳，舌红苔黄，脉数。

（1）肺胃热盛。

除上述主证之外，兼见消谷善饥，咽干舌燥、大便秘结。

治法：清泄肺胃，生津止渴。

方药：白虎加入参汤加减。

太子参 30 克，生石膏 30 克（先煎），知母 12 克，生地黄 24 克，天门冬 12 克，麦门冬 12 克，天花粉 12 克，黄连 12 克，甘草 4 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以生石膏、知母、黄连清泄肺胃之热；太子参、生地黄、天花粉、大门冬、麦门冬养阴生津止渴；甘草益胃护阴，调和诸药。共奏清泄肺胃、生津止渴之功。

加减法：若口渴引饮无度者加五味子 6 克、石斛 12 克酸甘化阴。

（2）心胃火盛。

除上述主证之外，兼见口谒喜冷饮，口舌生疮，牙龈肿痛，口气臭秽，心烦失眠，溲赤便秘，脉滑。

治法：清心泻火。

方药：玉女煎合泻心汤加减。

生石膏 30 克（先煎），牛膝 15 克，知母 12 克，麦门冬 12 克，黄芩 12 克，黄莲 12 克，生地黄 24 克。每日 1 剂。水煎服。

方解：本方以生石膏、知母、黄芩、黄连清热泻火；麦门冬、生地黄养阴清热；牛膝引热下行，降上炎之火，共建清心泻火之功。

加减法：大便秘结甚加大黄 10 克；口渴引饮加玄参 18 屯、石斛 12 克。

（3）肝阳偏元。

除上述主证之外，兼见急躁易怒，头晕目眩，面红耳赤，溲黄便秘，脉弦。

治法：清热滋阴潜阳。

方药：天麻钩藤饮，知柏地黄丸加减。

知母 12 克，黄柏 12 克，山茱萸 12 克，山药 12 克，栀子 12 克，牡丹皮 12 克，天麻 12 克，钩藤 12 克，石决明 30 克，生地黄 24 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以山茱萸、山药养肝益肾；栀子、知母、黄柏清肝肾实火；生地黄、牡丹皮养阴清热；天麻、钩藤、石决明平肝熄风。

加减法：肝阴不足，头晕目眩甚者加枸杞子 12 克；肝胆实热而口苦目赤加尤胆草 15 克。

2.气阴两虚型。

主证：神疲乏力，气短，心悸失明，舌苔薄，脉细。

（1）心肺两虚。

除上述主证外，兼见汗出，怔忡，健忘，咽干舌燥，舌红，苔薄白或薄黄，脉细数。

治法：益气养阴，宁心敛肺。

方药：生脉散加味。

太子参 30 克，五味子 10 克，麦门冬 12 克，生地黄 24 克，黄芪 30 克，知母 15 克，石斛 12 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以黄芪、太子参益气养阴；生地黄、五味子、麦门冬、石斛、知母养阴清热，润燥宁心敛肺。

加减法：心悸失眠、健忘多梦加远志 12 克、熟枣仁 15 克；口渴多饮加

天花粉 15 克、玄参 18 克。

典型病例：

招××，女性，38 岁。于 1995 年 6 月初开始出现神疲乏力，失眠多梦，多汗，口干咽燥，动则心悸，气短，舌红，苔薄白，脉细数。1996 年 2 月来省中医院就诊，查尿糖++，空腹血糖 8.6mmol/L，确诊为Ⅱ型糖尿病，证属心肺气阴两虚证，拟生脉散加味。处方：太子参 30 克，麦门冬 12 克，生地黄 24 克，玄参 18 克，知母 15 克，石斛 12 克，熟枣仁 15 克，北芪 15 克。连服 2 个月，复查空腹血糖 6.75mmol/L，尿糖阴性，精神、睡眠好转。

（2）心脾两虚。

除上述主证外，兼见健忘，多梦少寐，面色萎黄，少食怠倦，腹胀或有便溏，舌质淡，苔薄白，脉细弱。

治法：补益心脾。

方药：归脾汤加减。

黄芪 30 克，太子参 30 克，白木 12 克，茯苓 12 克，熟地黄 24 克，麦门冬 12 克，熟枣仁 15 克，木香 6 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以黄芪、太子参益气养阴；白术、茯苓、木香健脾益气；熟地黄、麦门冬、熟枣后养阴宁心安神。

加减法：心阴不足，心火偏亢而心烦，口舌生疮加黄连 10 克；脾虚、纳呆、腹胀加春砂仁 6 克、厚朴 12 克。

（3）心肝两虚。

除上述主证外，兼见头晕目眩，怔忡，健忘，心烦易怒，舌淡红，苔薄白，脉弦。

冶法：养肝益心。

方药：一贯煎加减。

生地黄 24 克，麦门冬 12 克。沙参 15 克，枸杞 12 克，白芍 18 克，熟枣仁 15 克，黄芪 15 克，当归 12 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以生地黄、麦门冬、沙参、枸杞养阴生津；当归、熟枣仁、白芍养肝血，宁心神；黄芪健脾补益心气。

加减法：偏于心虚、心悸夫眠、怔仲健忘甚者加阿胶 12 克、黄连 10 克；偏于肝血不足、肝阳偏亢而急躁易怒，头晕目眩加龙骨 30 克（先煎）、牡蛎 30 克（先煎）、钩藤 12 克；偏于心血虚心气不足而心悸、气短，加太子参 30 克、五味子 6 克、丹参 15 克。

3.阴阳两虚。

主证：形寒肢冷，神疲怠倦，腰痠耳鸣，舌质淡，脉沉细。

（1）肾阴阳两虚。

除上述主症外，兼见畏寒倦卧，手足心热，阳萎遗精，闭经不孕，小便清长，或淋沥不尽。

治法：滋阴壮阳。

方药：右归饮加减。

熟地黄 24 克，山茱萸 12 克，山药 18 克，壮丹皮 12 克，熟附子 10 克，肉桂 10 克，电板 15 克（先煎），杜仲 12 克,枸杞子 12 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以熟地黄、山茱萸、牡丹皮、山药、杜仲、枸杞子、龟板滋阴补肾；熟附子、肉桂温肾壮阳。

加减法：小便频数量多加桑嫖蛸 15 克；遗精、早泄加金樱子 15 克、识实 15 克；阳萎加阳起石 30 克、淫羊藿 15 克。

（2）脾肾阳虚。

除上述主证外，兼见面色㿠白，面目浮肿，五更泄泻，阳萎遗精，虚寒不孕，舌体胖，脉弱。

治法：温补脾肾。

方药：四君于汤含四神丸加味。

党参 20 克、炒白术 20 克，基芥 12 克，补骨脂 10 克，吴茱萸 12 克，肉豆蔻 12 克，五味子 10 克，甘草 4 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以党参、炒白术、茯苓健脾益气，补骨脂；五味子滋阴固涩；吴茱萸、肉豆蔻温肾暖脾；甘草补中调和诸药。

加减法：阳萎加熟附子 12 克、肉桂 2 克（焗服）、锁阳 12 克以壮阳；夜尿频数加桑螵蛸 15 克、复盆子 15 克、益智仁 15 克；耳鸣失眠加桑寄生 15 克、磁石 20 克。

（3）心肾两虚。

除上述主证外，兼见心悸健忘，遗精盗汗，夜尿频多，心烦失眠，舌红少苔，脉数。

治法：补益心肾。

方药：天王补心丹、交泰丸加减。

太子参 30 克，麦门冬 12 克，生地黄 24 克，熟地黄 24 克，黄连 10 克，肉桂 3 克（焗服），柏子仁 15 克，熟枣仁 15 克，茯苓 15 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以太子参、麦门冬、茯苓、柏子仁、熟枣仁益气养阴、宁心安神；生地黄、熟地黄、五味子、肉桂、黄连滋肾泻火，交通心肾。

加减法：浮肿尿少甚加猪菩 15 克、大腹皮 15 克以利水消肿；胸闷憋气甚加枳实 12 克、全瓜萎 15 克。

（4）心阳虚弱。

除上述主证外，兼见心悸气短，胸闷憋气，心胸作痛、面色㿠白，怠倦无力，舌体胖，舌质淡暗，脉涩或结代。

治法：温阳通痹。

方药：枳实薤白桂枝汤加味。

全瓜萎 15 克，薤白 12 克，丹参 15 克，郁金 12 克，枳实 10 克，赤芍 12 克，桂枝 10 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以全瓜萎、薤白、桂枝温通心阳；丹参、郁金、赤芍、枳实活血化瘀，宣通心脉。

加减法：心胸作痛甚加三七 3 克（冲）、延胡索 12 克；胸闷憋气加厚朴 10 克；心悸气短、倦怠乏力加太子参 30 克、五味于 6 克；失眠多梦加柏子仁 15 克、熟枣仁 15 克、熟枣仁 15 克。

典型病例：

吴××，女性，65 岁。口干，多饮，多尿半年余，于 1996 年 2 月在省中医院查空腹血糖 9.6mmol/L，尿糖+++，确诊为 II 型糖尿病，逐来糖尿病专科门诊就诊，症见神疲倦怠，耳鸣腰痠，心悸气短，心胸作痛，胸闷，舌质暗淡，舌体胖，脉涩。本证属心阳虚弱，治以温阳通痹，枳实薤白桂枝汤加减：全瓜篓 15 克，薤白 12 克，丹参 15 克，郁金 12 克，赤芍 12 克，田七 3

克（冲），太子参 30 克，生地黄 24 克，麦门冬 12 克。连服 2 个月，复查空腹血糖 7.1mmol/L，尿糖（+），精神好转，胸闷、胸痛消失。

（二）中成药治疗。

1.消渴丸。

主证：糖尿病见多饮、多尿、多食，消瘦，体倦怠力，腰痛失眠。

治疗方法：口服，每日 3 次，初服者每次五片，逐渐增为每次 10 片，再逐渐减少为每日两次的维持量。

2.玉泉丸。

主证：糖尿病阴津亏少，口渴善饥、多尿，手足心热，舌红苔少或无苔，脉细数。

治疗疗法：口服，每日 4 次，每次 9 克。

3.消渴平片。

主证：适用于糖尿病属燥热偏盛，阴津亏耗，或久病阴损及阳，阴阳两虚者。

4.三消胶囊丸。

主证：适用于糖尿病气阴两虚，以气虚为主的患者。

治疗方法：口服，每日 3 次，每次 6 粒。

5.三黄降糖片（广州中医药大学方）。

主证：适用于糖尿病，气阴两虚，瘀血燥结型患者。

治疗方法：口服，每日 3 次，每次 8～10 片。

二、西医治疗

（一）饮食控制是糖尿病治疗的基础，可单独应用，亦可与胰岛素或口服降糖药合用。

标准体重（kg）（粗略计算）＝身高—105（㎝）

按患者年龄、职业性质计算每日需热量。若为标准体重每公斤体重需热量 25 卡/kg·d，低于标准体重者需 30 卡/kg·d，超体重者 18—20 卡/kg·d。

每日总热量之分配如下：

碳水化合物占 50%～60%

蛋白质 15%～20%

脂肪＜30%

饮食中可加大量纤维素如果胶或纤维素饼干。

（二）口服降糖药物。

降糖药物的选择：磺酞脲类药物中优降糖、美吡达适用于比较严重高血糖的非胰岛素依赖型糖尿病，但尚不需使用胰岛素治疗者，轻者以用达美康、糖肾平为宜，后者尤适用于肾功能不全患者。降糖片适用于肥胖中度高血糖非胰岛素依赖型糖尿病患者。长期应用磺脲类药物失效的非胰岛素依赖型糖尿病可加用双胍类药物，两者有协同作用并可加强疗效。

表 1　常用磺酰脲类口服降糖药物与双胍类降糖药

药名	每片剂量（mg）	剂量范围（mg/d）	药效时间（h）	服法（次数）	特点
Tolbutamide (D860) 甲磺丁脲	500	250 ～ 2000	6 ～ 8	1 ～ 3	适用于轻型糖尿病。药效时间短，应用时间最早
Chlorpropamide 氯磺丙脲	125 250	125 ～ 375	36 ～ 60	1	药效时间最长者，在肝肾功能差者，有引起持续低血糖可能
Glyburide 优降糖	2.5	1.25 ～ 15	10^{+}～ 24	1 ～ 3	药效最强，从小量开始，防止低血糖发生

续上表

Glipidide 美吡达	5	5 ～ 30	6 ～ 12	1 ～ 3	在血中半衰期为 2 ～ 4h,降餐后高血糖较好,低血糖发生少
Glidazide 达美康	80	40 ～ 320	24	1 ～ 3	降糖药效缓和,适用于轻症或老年病人
Glibomaride 克糖利	25	25 ～ 50	12^{+}	1 ～ 3	药效时间适中,不易出现低血糖
Gilquidone 糖肾平	30	15 ～ 180	12^{+}	1 ～ 3	95%从胃肠道排除,5%从肾脏排除,为肾功不全糖尿病者首选
Phenethyl-biquanide 苯乙双胍降糖片	25	25 ～ 75	6 ～ 7	2 ～ 3	每日剂量在 75mg 以内,否则胃肠道反应大,尿酮体(+),可能乳酸酸中毒
Metformin 二甲基双胍降糖片 美迪康 迪斗糖锭	250 500	250 ～ 1500 最多 3000	5 ～ 6	2 ～ 3	副作用较上者少,降餐后高白血糖,并有减肥效果

（三）胰岛素的应用。

1.适应症：胰岛素依赖型糖尿病、非胰岛素依赖型糖尿病病程长，胰岛功能衰退者，NIDDM 应激状态时，附常用各种胰岛素表。

(1) 多次短效胰岛素注射 :适用于空腹血糖接近正常,餐后高血糖患者。胰岛素分别于三餐前 30 分钟皮下注射，早餐前剂量占一日总剂量的 40%，午餐前占 30%，晚餐前占 30%。

(2) 短效与中效胰岛素联合应用 :从小剂量开始,如对稳定高血糖病人,每日早餐前注入中效胰岛素 15～20u，然后逐渐调整。但对严重高血糖或有酮症病人尚需早、晚各补充短效胰岛素 1 次。若空腹血糖控制不佳，晚餐前再增中效胰岛素 1 次。

(3) 短效与长效胰岛拿联合应用：可每日一次或早晚各一次。短效胰岛素与长效之比以 2 :1 为宜。开始使用短效胰岛素剂量，可在固定饮食数日后，

按每餐饭前尿糖定性估计胰岛素用量。每一个（+）尿糖约注射胰岛素 4u，数日后，胰岛素用量按血糖与尿糖变化进行调整。若空腹血糖仍高，可采用短效与长效胰岛素联用。

2.胰岛素和口服降糖药的联合治疗。

胰岛素依赖型糖尿病在应用胰岛素治疗时血糖波动大，可加用双胍类降糖药以降低血糠波动并可减少胰岛素用量。非胰岛素依赖型糖尿病患者长期应用优降糖失效时,可在继用优降糖基础上于睡前再加小坚量 PZ 可提高治疗效果。

3.注意防止低血糖的发生。

表 2　　常用各种胰岛素表

名称	作用类型	作用开始时间(h)	高峰作用时间(h)	药效持续时间(h)	缓冲剂
普通胰岛素(regular)	短效	1/2～1	2～4	5～7	无
结晶锌胰岛素(CZI)	短效	1/2～1	2～4	5～7	无
半慢胰岛素(semilente)	短效	1/2～1	2～4	12～16	醋酸盐
慢胰岛素(Lente)	中效	1～4	6～12	24～28	醋酸盐
中效鱼精蛋白锌胰岛素(NPH)	中效	1～2	6～12	24～28	磷酸盐
鱼精蛋白锌胰岛素(PZI)	长效	4～8	14～24	36^+	磷酸盐
特慢胰岛素(ultralente)	长效	4～8	18～24	36^+	醋酸盐

（唐彩平）

第二节痛风

痛风是一组嘌呤代谢紊乱所致并以高尿酸血症为特征的疾病。

痛风在中医临床中属痹症的范畴。与中医的热痹、风湿热痹。历节病（又称历节风、白虎病、白虎历节风）、痛风等相类似。

痛风主要的临床表现是好发于中老年人，尤以中年男性为多。其临床特点为高尿酸血症伴痛风性急性关节炎反复发作、痛风石沉积、痛风石性慢性关节炎和关节畸形，常累及肾脏引起慢性间质性肾炎和尿酸肾结石形成，肾损害致肾功能不全者，预后较差。而急性痛风性关节炎是原发性痛风最常见的首发症状，以暴发性，常于夜间骤发，剧痛性，非对称性，多单关节，好发于第一跖趾关节，局部皮肤暗紫红肿，可自行缓解，间歇发作为特征。

临床诊断依据是急性关节炎发作一次以上，并在一天内达到高潮：急件炎症局限个别关节，整个关节呈暗红色，第一跖趾关节肿痛，单侧跗关节急

性发炎，非对称性关节肿胀，发作可自行终止，可疑或证实的痛风结节，高尿酸血症，皮下结节或关节腔积液检有厅酸盐结晶，X 线照片示虫蚀样透光区，对秋水仙碱治疗有特效者。

中医认为痛风病变在筋骨关节，其本在脾肾，皆由先天不足，后天失调，脾肾功能障碍所致。先天禀赋缺陷，或年老体虚，又素嗜肥甘厚味，酒澧无度，劳倦失调，损伤脾肾，致脾失健运，升清降浊无权；肾失气化，分清别浊失司；或兼反复外感风寒，侵袭经络，气血津液受阻，从而湿热痰浊内生，流注瘀聚脉络肌肉、筋骨关节，引发关节红肿灼痛，肌肤间结节，痰浊瘀腐则溃流脂浊，痰瘀痼积以致僵肿畸形，浊毒积聚肾间则成石淋。初病在经络，邪实为主，以湿热痛痹为先，久则深入筋骨，累及脏腑，虚实夹杂，病情迁延，脾肾损伤，运化泄浊功能障碍而产生呕恶关格重症。本病原因浊毒瘀滞罹患，与一般风寒湿痹不同。

西医认为本病的发病主要原因有原发性和继发性之分，而高尿酸血证是痛风的重要标志。原发性痛风部分患者由于先天性酶的缺陷引起尿酸生成增加；或是由肾脏的清除减退尿酸排泄减少，导致高尿酸血症。但大多未阐明，常伴高脂血症。糖尿病、高血压病、动脉硬化和冠化病等。继发性病因可由肾脏病，尿酸排泄减少；血液病细胞破坏尿酸生成过多；药物利尿剂、降压药、小剂量阿司匹林、慢性铅中毒，尿酸排泄受抑制等多种原因引起高尿酸血症。通常在一定诱因如劳累、受凉、上呼吸道感染、肺炎、季节变换、手术外伤、暴饮暴食、饮酒等，特别是高嘌呤饮食习惯，是诱发痛风发作的最重要因素。

［治疗］

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.风湿热痛痹型。

主证：突发关节剧痛，每于夜间痛醒，得冷则舒，活动困难，或伴发热，心烦，罹病关节红肿灼热，触痛拒按，舌红苔黄腻，脉弦滑数。多发生于急性痛风性关节炎期。

治法：祛湿清热，泄浊通络。

方药：清浊通痹汤。

忍冬藤 30 克，黄柏 15 克，薏苡仁 30 克，土茯苓 30 克，毛冬青 30 克，玄参 15 克，当归 12 克，没药 10 克，牛膝 15 克，防己 15 克，秦艽 15 克，七叶莲 30 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以忍冬藤、黄柏、薏苡仁、土茯苓清热解毒，祛湿泄浊；毛冬青、玄参、当归、没药活血通络；牛膝、防己、秦艽、七叶莲舒筋通络，祛风止痛。

加减法：血瘀明显选加桃仁 10 克、赤芍 15 克、泽兰 15 克、三七末 3 克（冲服）等；指腕关节疼痛加桑枝 30 克；痹痛甚加蜈蚣 3 条、全蝎 6 克。

典型病例：

杨×，男性，61 岁，工人，1988 年 9 月 17 日就诊。缘患者 1 周前突然左足𧿹趾，跖趾关节红肿灼痛，行动困难，继肿痛漫延至足背，渐右足背亦漫肿疼痛，曾在某医院外科诊为“ 蜂窝织类 ”，用抗感染消炎针药治疗无效，前来说诊。查血尿酸、血沉均增高，舌暗红，苔微黄滑，脉弦略数。本证属痛风风湿热痛痹证，拟祛湿清热，泄浊通络，用清浊通痹汤加减治疗。处方：

忍冬藤 30 克，薏苡仁 30 克，土茯苓 30 克，毛冬青 30 克，野菊花 15 克，豨莶草 30 克，赤芍 15 克，生地黄 20 克，玄参 15 克，炮山甲 10 克（先煎），黄芪 15 克，白芷 10 克。另用双柏散外敷患处。服药 3 剂后肿痛明显减轻，连服 10 剂后肿痛完全消失。1992 年春节后又发病一次，症如上次一样，仍照前方加减服用，一周内即消肿止痛。

2.湿浊瘀痛痹型。

主证：关节持续疼痛，不能活动，夜间为甚，反复发作，迁延日久，或伴倦怠纳减，罹病关节肿胀、暗红、僵硬、畸形，舌暗红苔白腻，脉弦缓。多见于痛风性关节炎的慢性关节炎期。

治法：利湿泄浊，祛瘀通络。

方药：祛瘀通络汤。

黄芪 30 克，苍术 12 克，薏苡仁 30 克，萆薢 30 克，毛冬青 30 克，炮山甲 10 克（先煎），当归 12 克，三七末 6 克（冲服），牛膝 15 克，白芍 15 克，威灵仙 15 克，七叶莲 30 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以黄芪、苍术、薏苡仁、萆薢健脾益气，墅湿泄浊；毛冬青、穿山甲、当归三七活血通络；牛膝、白芍、威灵仙、七叶莲舒筋通络止痛。

加减法：关节僵硬。畸形可加强法瘀通络药。祛瘀药如：䗪虫 10 克，桃仁 10 克，红花 10 克、鸡血藤 30 克。通络药如：蜈蚣 3 条，透骨消 30 克，宽筋藤 30 克，络石藤 30 克等。

典型病例：

唐××，男性，68 岁，工人。1994 年 5 月 7 日就诊。缘患者于昨天晚上突发左足第一跖趾关节剧痛，局部暗红肿胀，行动困难，心烦口干，舌暗红苔黄滑，脉弦滑。检查左足第一跖趾关节内侧肿胀暗红，外突畸形，血尿酸 527μmol/L，x 线照片示：左足第一跖趾关节呈虫蚀样透光病变。患者近数年内曾反复有类似发病。本证属痛风湿热瘀痛痹症，拟利湿泄浊，祛瘀通络，用祛瘀通络汤加减治疗。处方：忍冬藤 30 克，薏苡仁 30 克，土茯苓 30 克，牛膝 15 克，毛冬青 30 克，透骨消 30 克，炮山甲 12 克（先煎），当归 12 克，玄参 15 克，鸡血藤 30 克，黄芪 15 克，杜仲 15 克。连服 6 剂肿痛消退，局部关节仍暗红僵肿畸形。继以调理脾肾，祛瘀泄浊之剂作力缓解期治理。

3.脾虚瘀浊型。

主证：关节肿痛缓解后，血尿酸仍高，关节僵硬不灵，或有浮肿麻痹，痛风不沉积，或痛风石结节破溃溢流血浊浆末，或伴倦怠乏力，心悸气短，纳呆呕恶，舌淡红或胖嫩，苔白滑，脉沉缓细涩。

治法：健脾泄浊，祛瘀通络。

方药：防己黄芪汤加味。

黄芪 30 克，防己 15 克，白术 12 克，炙甘草 6 克，薏苡仁 30 克，萆薢 30 克，土茯苓 30 克，蚕沙 15 克，赤芍 15 克，毛冬青 30 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以黄芪、防己、白术、炙甘草健脾法湿；薏苡仁，萆薢、土茯苓、蚕沙利湿泄浊；赤芍、毛冬青活血祛瘀通络，加减法：关节僵硬麻痹，可选加宽筋藤 30 克。鸡血藤 30 克以养血舒筋；透骨消 30 克。穿山甲 10 克（先煎）、乌梢蛇 15 克以通络；痛风石结节或破溃，可选加法半夏 12 克、海藻 15 克。穿破石 30 克以祛痰软坚；猫爪草 30 克、山慈菇 15 克以散结通络。

4.肾虚瘀浊型。

主证：关节肿痛缓解后，血尿酸持续高，骨关节僵硬畸形，或痛风性肾炎，尿酸石形成，或伴头晕头痛，腰痛尿少，心悸浮肿，舌暗红苔少，或舌淡胖苔白滑，脉沉弦细涩。

治法：补肾泄浊，祛瘀通络。

方药：六味地黄汤加味。

熟地黄 25 克，山药 15 克、山茱萸 12 克，茯苓 15 克，泽泻 10 克，牡丹皮 10 克，益母草 30 克，车前草 30 克，杜仲 15 克，黄芪 30 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以六味地黄汤（熟地黄、山茱萸、山药、茯苓、牡丹皮、泽泻）加杜壮补肾强腰；黄芪、益母草、车前草补气行血，利水泄浊。

加减法：头晕痛加天麻 15 克。刺蒺藜 15 克；尿酸石加金钱草 30 屯、百苇 30 克、威灵仙 15 克、三棱 12 克。

（二）外治疗法。

主证：痛风性关节炎，罹病关节暗红肿痛，或僵硬畸形。

治法：活血清热，消肿止痛。

方药：1.双柏散。

大黄、薄荷、黄柏、侧柏叶、泽兰，共研细末。

用法：将药散用冷开水调成膏状，或水蜜各半调膏，冷敷患处。每天一帖。

2.紫金锭（成药）。

方法：将药锭用冷开水溶化，外涂患处。

（三）针刺治疗。

主证：痛风性关节炎发作期，病变关节暗红肿痛，甚或僵硬畸形。

治法：情热利湿，逐痰化瘀，通络止痛，调理脾肾。

选穴。主穴：大白、大冲、足三里、三阴交、隐白、大敦。配穴：踝关节加丘墟、商丘、昆仑、照海、太溪；膝关节加犊鼻、鹤顶、阴陵泉；肘关节加曲池、尺泽、手三里、合谷；掌指关节加台谷、阳池、外关、阿是穴。间歇期：选用肝俞、肾俞、太溪、照海、足三里，配以太白、太冲、三阴交。

治疗方法：

1.针刺手法：穴区严格消毒后，扶持进针法。急性期运用提插捻转泻法，间歇期运用平补平泻法。每日或隔日 1 次，每次留针半小时至 1 小时。或加用电针。10 天为 1 疗程。

2.放血疗法：取隐白、大敦两穴，局部严格消毒后，用三棱针点刺放血 4～6 滴，两穴交替使用，每日 1 次。

3.梅花针疗法：用梅花针在局部叩击，红肿甚者重叩出血，局部肿胀不明显叩至局部潮红。

（四）饮食治疗：要很好控制高尿酸血症，关键是要合理应用痛风膳食，以低嘌呤、低脂肪、低热量、大量饮水（三低一高）为膳食方案。一般应做到：1.限制食量，不宜过食，严禁暴食；2.选择烩、煮、熬、蒸等易消化食物。少吃煎炸烧烤等食品；3.宜食含维生素 C 和 B 族丰富的食物，如米、面、蛋类、牛奶、水果、蔬菜（芹菜、菜花、菠菜、扁豆、豌豆、龙须菜等除外）和适量的植物油；4.尽量不吃高瞟呤的动物内脏、鱼卵、牛羊肉、香肠、咸鱼、浓鸡汤、虾米、磨菇和花生米等。5.严格限制酒类、浓茶、咖啡，不宜

食用辛辣食物。6.尽可能多饮水，增加尿量加速尿酸排泄。

二、西医治疗

（一）急性期治疗——消痰止痛药：

1.秋水仙碱，每次 0.5mg，口服，每小时 1 次，至有恶心，肠鸣活跃或有腹泻、腹痛者即停药，总剂量为 3～5mg，个别可达 6～8mg。关节痛缓解后改为 0.5mg，每日 2～3 次，维持数天后停药。

2.消炎痛 25mg，每日 3 次，口服。

3.芬必得 0.6g，每日 2 次，口服。

（二）间歇期治疗。

1.抑制尿酸生成药：别嘌呤醇 0.1g，每日 1～3 次，口服。

2.加速血尿酸排泄药：丙磺舒 0.25g，每日 2～3 次，口服。

3.碱化尿液药：小苏打 0.5g，每日 3 次，口服。

（许永周）

第三节类风湿性关节炎

类风湿性关节炎（简称类风湿，RA）“是一种广泛的结缔组织疾病，旧称胶原性疾病。为以关节为主的慢性全身性自身免疫性疾病。凡构成关节的各个部分组织均可受累，其突出的临床表现为对称性多关节炎，特别以手足指、趾、腕、踝等小关节最易受到侵犯。早期或急性期关节呈红、肿、热、痛和功能障碍，晚期关节强直或畸形，并有骨质破坏和骨骼肌萎缩，发病过程中可见发热、疲乏、贫血、皮下结节、心包炎、胸膜炎、血管炎、眼损害等病变。大多情况下，虽不影响患者生命，但常造成严重残疾，丧失劳动能力，具有慢性、反复发作、进行性加剧、致残率高的特点。

本病病因月前尚无定论，一般认为与免疫、遗传、感染、过敏、内分泌失调等因素有关，尤其感染及免疫与类风湿病的关系似更密切。寒冷、潮湿、外伤、营养不良、精神刺激等多为本病的诱发因素。

由于类风湿病尚无高度特异性的临床及实验室指标，故在诊断上存在困难。我国中华医学会建议应用 1987 年美国修订的诊断标准作为我国的诊断标准，即：①晨僵至少 lh（≥6 周）；②3 个或 3 个以上关节肿（≥6 周）；③腕、掌指关节或近端指间关节肿（≥6 周）；④对称性关节肿（≥6 周）；⑤皮下结节；⑥手 x 线改变；⑦RF 阳性（滴定度＞1：32）。

本病属中医“痹疲”范畴。根据其临床症状和性质，以及病变延及多个关节，交替发作的特点，属于《灵枢》所描述的”周痹”；又困该病病变在骨与关节，全身多关节肿痛，昼轻夜重，其痛彻骨，状如虎啮，日久可致骨关节僵硬畸形，则符合《金匾要略》中之“历关病”。后世诸多医家也有称其谓“白虎历节风”、“痛风”、“骨痹”、”颃痹”、“筋痹”等。上海沈丕安氏指出，急性发作阶段风热内盛或湿热内蕴，属“热痹”、“历节”；晚期为肝肾不足，寒湿入络，属”骨痹”。北京焦树德氏根据其久久不愈，关节肿大，僵直畸形、骨质改变、筋缩肉卷、肢体不能屈伸、身体尪羸的特点，将其称为“尪痹”，比较符合临床实际。

一般认为，六淫外邪，尤其是风、寒、湿、热诸邪是本病发生和急性发作的重要外因；而肝、肾、脾诸脏虚损，气血阴阳不足，是其内因。内外相合，邪阻经络，筋骨失养。若邪气久羁，诛虚无力抗邪，痰湿流注经隧，瘀

血痹阻脉络，痰瘀胶着，深入筋骨，使关节肿痛年深，功能障碍，而成关节强直变形诸症。

［治疗］

一、中医治疗

（一）分型论治。

根据本病的临床表现，可分为急性发作期、慢性缓进期和慢性缓解期。急性发作期关节症状明显，以邪实为主，多由起居不慎，感受风寒湿辱之邪而诱发，表现为寒湿阻络或湿热阻络等证候；慢性缓进期虚实互见。临床变化多端，缠绵难愈、表现为寒热错杂或痰瘀组络证候；慢性缓解期则多为病情相对静心阶段，正虚邪恋，多表现为肝肾亏损，而见阳气虚衰或阴血不足证候。

1.急性发作期。

（1）寒湿阻络证。

主证：关节冷痛、重着，痛有定处，屈伸不利，日轻夜重，逢寒则剧，得热稍减，或痛处白肿不红，舌状胖淡，苔白腻，脉弦紧、弦缓或沉紧。

治法：湿经散寒，祛湿通络。

方药：乌头汤加减。

生川乌 6 克，麻黄 9 克，白芍 12 克，黄芪 15 克，白蜜 20 克。

方解：方中乌头大辛大热，祛风散寒除湿，温经作用强峻；配麻黄以助温阳散寒心痛；白芍养血，黄芪益气，使气血调畅，白蜜能解乌头之毒。合方共奏温经散寒止痛之功。

加减法：痛在上肢加桂枝 9 克，羌活 9 克，威灵仙 12 克；痛在下肢加独活 12 克，牛膝 15 克；尚可加狗脊 12 克，桑寄生 12 克，细辛 3 克，杜仲 9 克等以温补肾督。

典型病例：

刘××，女，36 岁，工人。患类风湿性关节炎 3 年余。双手腕及指关节肿痛，皮色不红，活动受限，膝、踝、髋关节疼痛，僵硬伴冷痛，喜温喜熨，步履艰难，生活不能自理。在外院长期应用激素治疗，疗效不显。舌质淡红，苔薄白微腻，脉弦细而紧。血沉 76㎜/h,类风湿因子阳性，抗“O”1：625。证属寒湿阻络，治以散寒心痛为主，佐以祛风除湿。方以乌头汤加减：桂枝 20 克，制川乌 9 克，北芪 15 克，白木 12 克，麻黄 6 克，白芍 12 克，威灵仙 12 克，豆豉姜 15 克，独活 12 克，生甘草 6 克，共服 7 剂。复诊时，诸关节疼痛大减，自觉转暖，能慢步行走。上方加祈蛇 6 克，地龙 9 克，续服 10 剂，抗“O”降至 1：300，血沉 10㎜/h，类风湿因子弱阳性。嘱其再服药 2 周，以固疗效，随防一年未复发。

（2）湿辱阻络证。

主证：关节或肌肉局部红肿、灼热、疼痛、重着。多兼发热、口渴不欲饮，溲黄，舌质红苔黄腻，脉濡数或滑数。

治法：清热除湿，室痹通络。

方药：木防己汤加减。

木防己 12 克，生石膏 30 克（先煎），慧苡仁 30 克，通草 6 克，滑石 9 克，杏仁 9 克，桂枝 9 克。

方解：该方以木防己为主祛风除湿，配石膏清热；苡仁、通草、滑石清利湿热；杏仁开肺气以宣散湿邪；配桂枝温通活络，助三焦气化以行水湿。

全方诸药，具辛开苦降，清化室利之功。

加减法：热重湿者，去桂枝，加知母 12 克并重用石膏 60 克；湿重于热，加苍术 9 克，萆薢 12 克；风胜加羌活 6 克，防风 6 克，海桐皮 12 克；兼痰饮者，宜加法夏 9 克，陈皮 6 克，厚朴 9 克，均宜加姜黄 9 克，桑枝 15 克，牛膝 12 克，忍冬藤 30 克以通络止痛。

典型病例：

王××，女，51 岁，退休职工。指趾关节肿痛反复发作 1 年余，张口困难，颈项强痛 1 月。曾在外院诊为类风湿性关节炎。用昆明山海棠片、布洛芬等治疗，病情未能控制。于 1992 年 9 月 30 日住院治疗。体温 37.5℃，心率 90 次/分。手指关节呈梭形改变，趾关节稍有肿胀畸形、关节局部红肿热痛，活动受限。下颌关节张合不利，颈椎左右转动不灵，晨僵明显，伴纳差，夜寐欠佳，小溲黄短，舌红苔黄腻，脉骨数。血沉 50㎜/h，类风湿因于阳性，抗“O”1：680。诊为类风湿性关节炎，证属湿热阻络，治以疏风清热，祛湿通络。方用加减木防己汤治疗。药用：木防己 12 克，知母 12 克，桂枝 12 克，石膏 30 克，薏苡仁 30 克，葛根 30 克，桑枝 30 克，忍冬藤 30 克，苍术 15 克，滑石 9 克，威灵仙 15 克，生甘草 9 克。共住院 2 月余，以上方加减进退之，关节肿痛，晨僵等消失，功能活动基本恢复正常。查血沉 21㎜/h，类风湿因子转阴。随访一年未发。

2.慢性缓进期。

（1）寒热错杂证。

主证：肌肉关节红肿热痛，但局部畏寒，或自觉发热，但触之不热；皮肤虽见红斑但四肢末梢遇寒则厥冷变色；肢体关节屈伸不利，得温则舒，甚则僵硬变形，伴身热不畅，或发热畏寒，或身热反欲盖衣被；或口渴而欲热饮；或自汗身凉；舌戏苔白或舌淡苔黄；脉弦略数中弦紧。

治法：温经散寒，清热除湿。

方药：桂枝芍药知母汤加减。

桂枝 12 克，麻黄 6 克，白术 12 克，白芍 15 克，知母 9 克，生姜 6 克，生甘草 6 克，制附子 9 克（先煎）。

方解：方中桂枝，麻黄发散风寒之邪；白术健脾祛湿；白芍、知母清热利阴；生姜，甘草调和诸药；附子散寒止痛。共奏温经散寒清热通络之效。

加减法：热象明显加生石膏 30 克、土茯苓 30 克、忍冬藤 30 克；寒象明显加细辛 3 克、羌活 9 克；关节肿痛甚加乳香 6 克、没药 6 克、松节 9 克。

典型病例：

李××，女，30 岁，工人。产后起居不慎，致周身关节疼痛，手转晨起僵硬麻木，不能握拳，自汗出，午后低热（37.5℃）但自觉畏寒。如此持续月余，渐发展至全身关节疼痛肿大，且有程度不同的变形，活动受限。血沉 75㎜/h，抗“O”1：1380，类风湿因子阳性。曾服消炎痛、强地松等无明显好转。脉沉细略数，舌淡苔黄微腻。证属寒热夹错，治宜寒温并用，方用桂枝芍药知母汤加减。药用：桂枝 12 屯，白芍 15 克，知母 9 克，麻黄 6 克，制附子 6 克，苍术 9 克，防己 9 克，生姜 6 克，甘草 3 克，牛膝 12 克，木瓜 9 屯，全蝎 5 克，蜈蚣 2 条。5 剂后关节肿痛大减，其他症状也有所好转。坚持上方加减进退，共服 80 余剂。各项化验检查正常，病遂告痊。

（2）痰瘀阻络证。

主证：痹病日久不愈，肌肉关节刺痛，痛处不移，甚至关节变形，屈伸

下利、关节、肌肤色紫暗，肿胀，按之稍硬，有痰核硬结或瘀斑，肢体顽麻，面色黧黑，眼睑浮肿，或胸闷痰多，舌质紫暗或瘀斑苔白腻，脉弦涩。

治法：活血行瘀，化痰通络。

方药：身痛逐瘀汤合二陈汤加减。

桃仁 9 克，红花 6 克，川芎 6 克，当归 9 克，陈皮 6 克，法夏 9 克，茯苓 12 克，没药 6 克，五灵脂 9 克，地龙 12 克，香附 9 克，秦艽 9 克，羌活 6 克，生甘草 6 克。

方解：方中桃仁、红花、川芎、当归活血化瘀，兼以养血；二陈汤燥湿化痰；没药、五灵脂、地龙、香附具祛瘀通络、理气活血的功能；秦艽、羌活祛风湿强筋骨，通经络利关节，止周身疼痛，羌活又善治上半身筋骨关节病变；牛膝可活血通络，升血下行，使瘀血去，新血生，并补益肝肾，使骨健筋舒；甘草调和诸药而守中。二方相台，具有活血行气、祛瘀通络、宣痹止痛之功效。

加减法：若痰留关节。皮下结节，可酌加制南星 9 克、白芥子 6 克；痰瘀不散、疼痛不已，酌加炮山甲 9 克、白花蛇舌草 6 克、蜈蚣 3 条、全蝎 6 克、魔虫 9 克等虫类药；正气损伤，见神疲乏力，面色不华，可加党参 12 克。黄芪 15 克；肢冷畏寒者，加桂枝 12 克、熟附子 6 克、细辛 3 克、防风 9 克；或久病不已，有痰瘀化热之象，加忍冬藤 30 克、桑枝 30 克、土茯苓 30 克、黄柏 6 克、连翘 6 克等。

典型病例：

赵××，男，45 岁，农民。患类风湿性关节炎 5 年余。上肢时、腕、指关节肿胀疼痛。曾服中西药物治疗，虽可缓解，但终未尽解。近期病情加重，肘、腕、指关节肿胀，晨起僵硬，痛处固定不移，昼轻夜重，关节明显变形，屈伸不利，局部可见色素沉着。舌苔白微腻，质紫暗，边有瘀斑，脉弦涩。证属痰瘀痹阻，治宜法风除湿散寒，化瘀祛痰，通络止痛。方用身痛逐瘀汤加减，药用；羌活 9 克，秦艽 12 克，当归 12 克，川芎 9 克，桃仁 9 克，红花 9 克，没药 6 克，怯半夏、制南星各 9 克，桑枝 30 克，桂枝 12 克，茯苓 15 克，全蝎 5 克，蜈蚣 3 条。上方为主治疗 2 月余，关节疼痛，肿胀减轻，活动趋于灵活，嘱其长期服用尪痹冲剂 3 月余，症状消失。

3，慢性缓解期。

主证：关节瘘痛肿胀，屈伸不利，腰膝瘘软无力，筋脉拘急，关节变形。偏阴虚者，见形体消瘦，咽干耳鸣，或失眠多梦，盗汗、五心烦热，舌红少苔，脉细数或弦细；偏阳虚者。见诸节冷痛。形寒祛冷，面色㿠白、自汗。口淡不渴，或面浮肢肿，或小便清长，舌状淡胖嫩，舌苔白滑，脉沉弦无力。

治法：补益肝肾，强筋壮骨。

方药：独活寄生汤加减。

独活 12 克，桑寄生 12 克，杜仲 9 克，牛膝 12 克，秦艽 9 克，防风 6 克，细辛 3 克，当归 9 克，生地黄 12 克，白芍 12 克，党参 12 克，茯苓 12 克，川芎 6 克，桂枝 6 克，甘草 6 克。

方解：方中以独活祛风散寒除湿，善搜少阴经风邪；桑寄生、杜仲、牛膝盖肝肾、强腰膝，共为主药；秦艽、防风祛风除湿止痛，细辛发散阴经风寒、搜利筋骨风湿，且善止痛；当归，生地黄，白芍养血和血；人参、茯苓、甘草补气健脾，扶助正气，为佐药；更以川芎、桂心温通血脉，并助祛风；生姜发散祛寒，为使药。诸药合用，则肝肾得补，风邪得祛，气血得充，扶

正祛邪，标本同治。

加减法：偏阴虚者，酌去辛温发散之品，或以大补阴丸为主加减治疗；偏阳虚者，可酌加附子 6 克（先煎）、干姜 6 克等。此期邪气己衰，正气大伤，邪气痹阻，痰瘀留着关节。治疗时宜扶正固本，通络化瘀兼以祛邪，具体应用时应据证依法择药：①补肾壮骨：鹿角胶（霜）、龟板胶、鹿角片、骨碎补、续断、狗脊、杜仲、淫羊藿等；②养肝荣筋：当归、白芍、山茱萸、鸡血藤、伸筋草、木瓜等；③攻逐痰瘀：桃仁、杏仁、胆南星、法半夏、地龙、皂刺、僵蚕、海藻、昆布、白芥子等；④搜剔终邪：全蝎、蜈蚣、乌梢蛇、䗪虫、穿山甲等。

典型病例：

陈××，男，35 岁，个体户。患类风湿性关节炎 10 余年。现四肢关节疼痛，无红肿，腰脊厦痛强硬不适，屈伸不利，步履难难、遇寒痛甚，得热稍缓，倦怠乏力，寐差多梦、小便频数、舌淡暗体胖，苔薄白而腻，脉沉弦。证属肝肾亏损、气血不足，治拟补肝肾、壮腰脊，佐以化湿通络。方用独活寄生汤加减，药用：独活、狗脊、牛膝、知母各 12 克，桑寄生、豨莶草各 30 克，续断、杜仲、白芍、乌梢蛇、穿山甲各 15 克，淫羊藿、当归各 9 克，生地黄 24 克，蜈蚣 3 条，全蝎 5 克，薏苡仁 20 克，羌活 6 克。因病程日久，难以速效，嘱其坚持治疗。服上药半年余，诸关节疼痛基本消夫，活动明显好转，尿频、寐差等症均除，继以丸药缓图。

（二）外治法。

1.活络洗方。

组成：生川乌、木瓜、炒艾叶、防风、五加皮、地龙、当归、羌活、魔虫、伸筋草各 30 克。

用法：上药用纱布包裹后，入盒中加冷水置火上煎煮，沸腾 5 分钟后，离火乘热熏蒸患处。稍冷后用药汤浴洗患处。每日 1～2 次，每次为 1 小时左右。每剂药可连用 5～7 天。皮肤有破损及化脓性皮肤病者忌用。

主治：类风湿性关节炎。骨性关节炎、痛风、肩周炎等关节病。

2。二乌二枝外敷方。

组成：生川乌、生草乌、生南星各 20 克，桂枝、桑枝各 30 克，生半夏、肉桂、干姜各 20 克，麻黄 25 克，细辛 15 克，木防己 30 克，桃仁、红花、全蝎、丝瓜络各 20 克，秦亢、马桑树根皮、防风、苍术、紫花地下各 30 克，豨莶草 50 克。

用法：上药加水 300ml，煎取汁 1500ml;滤渣，再加水 300ml，煎取 1500ml，2 次共煎汁 3000ml，然后加 60 度烧酒 1000ml。用文火煎为 3000ml，冷却后装瓶备用。对患指部类风湿性关节炎的病人，可用线手套在外用药物盖成的药液里浸湿，然后戴到患手处（若足部或肘、肩等大关节处，可用厚毛巾浸湿药液包裹），再在大火熏烤，烤干后再浸湿，反复数次，使药力透入关节内，每上早晚各施活 1 次。治疗时间以冬季为佳。

主治：类风湿性关节炎。著热象明显，见发热或关节红肿热痛明显者禁用。3.二乌伸筋通痹方。

组成：生川乌、生草乌、伸筋草各 20 克，桂枝、艾叶各 10 克，川芎、威灵仙各 15 克，丹参 30 克。

用法：上药水煎，过滤去汁约 500ml，用纱布蘸药汁，擦洗患处，每次 5 分钟，日 3～4 次，连用 5 天为 1 疗程，药温以 60℃为宜。

主治：类风湿性关节炎。

4.外擦定痛方。

组成：威灵仙、蚕沙各 100 克、红花 30 克。

用法 :以米醋 1000 克浸泡 7 天后,用其药液揉擦关节肿痛部位,每日 2～3 次。

主治：类风湿性关节炎。

（三）针灸治疗。

1.取穴。

肩部：肩髃、户髎、臑俞。

肘部：曲池、合谷、天井、外关、尺泽。

腕部：阳池、外关、阳溪、腕骨。

背脊：水沟、身柱、腰阳关。

髀部：环跞、居髎、悬钟。

股部：秋边、承扶、阳陵泉。

膝部：犊鼻、梁丘、阳陵泉、膝阳关。

踝部：中脉、照海、昆仑、丘墟。

行痹加隔俞、血海；痛痹加肾俞、关元；着痹加足三里，商丘；热痹加大椎、曲池。

上述各部处方，主要根据病者的经络循行部位选穴。病在皮肤肌肉者应浅刺，病在筋骨应深刺并留针。

2.方法：

以患部与循经取穴为主，亦可采用阿是穴。行痹和热痹用毫针泻法，并可用梅花针扣刺。痛痹多用艾灸或深刺留针，疼痛剧烈可用隔姜灸。着痹什灸并用，或兼用温针、梅花针和拔罐法。可每日或隔日 1 次，每 15 次为一疗程。

二、西医治疗

由于类风湿病的病因迄今未明，虽然治疗方法很多，但无针对病因的特殊疗法。当前治疗的主要目标是：①缓解夫节疼痛及晨僵；②控制滑膜炎及软骨、骨破坏；③纠正机体免疫异常；④保持、恢复关节功能，改善自然病程，提高生命质量。必须强调精神、饮食、环境、劳逸适度、防治感染、理疗、抗风湿药物、外科手术等综合治疗。

就药物治疗而言，第一线亦即首先应考虑应用的药物，应为非留体类抗炎药。如消炎痛、布洛芬、萘普生、炎痛喜康、天酸类药物等。严格说来，阿斯匹林也属此类药。使用该类药的重要原则是要强调个体化。不同病人对不同药的有效剂量、疗法、副作用等，都可能不同。若某药应用足量 3～4 周后仍无效时，可更换本类中另一种药。临床常用布洛芬 400～600㎎，每日 3 次；萘普生 250㎎，每日 2 次；炎痛喜康 20㎎，每日 1 次。

二线药通常为缓解性药或慢作用药，服用数周或数月后始生效。因可影响疾病的免疫病理过程，从而产生机解病情的作用。包括金制剂、青霉胺、雷公藤等。金制剂常用瑞得金诺芬，每次 3㎎，每日 2 次；青霉胺开始每日 250㎎，无副作时每月增加日用量 125㎎，直至每日 500㎎，一般服用 3～4 月后效果明显，病情缓解或稳定后可渐至维持量，每日 125～250㎎，有服用达数年者，雷公藤各地制剂不一，有粗制片、酊剂、煎剂、总甙片等，剂量亦不统一，可参照具体情况选用。左旋咪唑、氯喹亦属此类药，但片数不如

上述药物，且副作用多，临床少用。

用二线药物仍无效时，才考虑用免疫抑制剂。如硫唑嘌呤 0.1 克，每日 1 次；或环磷酰胺每日口服 100㎎ 或隔日 200㎎ 静脉注射；或甲氨喋呤 5～15㎎，静脉注射，每周 1 次。

一般情况、，肾上腺皮质激素为治疗本病的末选药，而不是首选药。长期服用所致的副作用对思考造成比类风湿病本身更大的危害，所以要严格掌握其适应症。对严重眼损害、严重血管炎、严重关节外表现如大量心包积液，各种治疗后高热不退者，可以使用。常甲代谢快而副作用小的制剂，如强地松等。尽量用可能小的剂量和最短期限，病情稳定后逐渐减量，最后停服。

必须强调类风湿性关节炎的治疗，应当是综合性的，不能只注意药物治疗。他如外科手术、理疗康复等的合理应用，以及中西医多方面的密切配合是非常必要的。

（陈伟邓兆智）

第四节系统性红斑狼疮

系统性红斑狼疮是一种累及多系统、多器官、有多种自身抗体的自身免疫性疾病。中医学临床中属“ 阴阳毒 ”范畴。

系统性红斑狼疮临床表现以累及多系统，多器官为特征，起病急性、暴发性及隐匿性。一般先累及一个系统，以后扩展到多系统损害。多数患者有发热、关节痛、皮疹及脏器受累等表现。

发热：约占 92%，各种热型均有。

皮肤、粘膜损害：约 80%红斑性狼疮患者具皮肤损害，最具特征者为面部螺形红斑，为一种不规水肿性红斑。疾病缓解时红斑可消退，留下少许色素沉着。

关节、肌肉病变：约 90%以上红斑性狼疮有关节肿痛表现。

肾脏：肾活检发现有 100%患者有肾受累。临床有肾关表现者 60%。狼疮性肾炎按病理可分力 4 型：①系膜型；②膜型；③局灶型；④弥漫增殖型。

心血管表现：30%红斑性狼疮有心包炎，是最多见的心血管表现。25%患者有心肌炎，50%患者有心内膜炎，亦可发生心肌梗塞。

肺，胸膜病变：占约 40%～50%。胸膜炎及胸腔积液。有时胸水中可找到红斑性狼疮细胞。胸膜炎常使原有肾脏病变恶化。肺受累约占 50%，包括狼疮性肺炎、肺不张、肺纤维化及间质性肺炎等。

消化系统病变：40%患者有消化道症状，常见有恶心、呕吐、腹痛及腹水等。

神经系统表现：发生率 50%～60%，中怄症状尤为多见。可表现为各种精神障碍，亦可有器质性脑病及中枢神经系统损害表现。

血液系统表现：主要是贫血、白细胞减少及血液抗凝物质异常等。

诊断采用我国 1987 年全国风湿病学术会议修订的诊断标准。

1987 年修订标准成以下 13 项，符合 4 项者即可确诊。

（1）蝶形红斑或盘状红斑；

（2）日光过敏；

（3）口腔溃疡；

（4）非畸形性关节炎或关节痛；

（5）浆膜炎（胸膜炎或心包炎）；

（6）肾脏病史（蛋白尿和（或）管型尿和（或）血尿）；

（7）神经系统损害（癫闲或精神、神经症状）；

（8）血液学异常（WBC＜4×10^9/L 和（或）血小板＜80×10^9/L 和（或）溶血性贫血；

（9）狼疮细胞和（或）抗 d3DNA 抗体阳性；

（10）抗 SM 抗体阳性；

（11）免疫荧光抗核抗体阳性（IFANA）；

（12）狼疮带试验或肾活检阳性；

（13）C_3 补体低于正常。

中医学认为本病病位外伤皮肤、筋肉、关节、内袭五脏六腑。在本病急性发作朔，多由风毒乘于营血，血脉凝涩致成瘀热，则营阴耗伤于下，虚阳扰动手上，内外交蒸，阴阳失调，气血运行失畅，外发皮肤而起红斑，内袭脏腑导致赃器亏损，尤以心肾虚亏为显。发病稳定期，为瘀热阻于关节，气血运行不利而致关节肿痛。

西医学认为：虽然红斑性狼疮病因不明，但现知本病是在各种致病因子（遗传、感染、药物、紫外线）作用下激机体免疫功能紊乱或免疫调节障碍而出现的一种自身免疫性疾病。抗原抗体复合物，沉积于靶组织，激活补体，引起一系列炎性介质释放而损伤组织。这是红斑性狼疮引起组织及器官损害的主要机制。

[治疗]

一、中医治疗

（一）辨证沦治。

现代学者大多主张：对本病采取辨证和辨病相结合的诊治原则。

1.盘状红斑狼疮。

主证：以面部两颊及鼻梁皮疹、红斑为主，也可见于口唇、四肢、颈后部；皮肤症状常与日照、紫外线照射诱发有关。呈蝶形红斑者可见颧部隆起的或扁干的固定性红斑，鼻唇沟无皮损；盘状狠疮可见红色隆起斑片，表面附有角化性鳞屑及毛囊栓，陈旧损害可见萎缩性疤痕。有些患者有口腔、鼻咽部的溃疡。脉弦数或细数居多，舌红或淡润，苔多黄腻。

治法：清热祛湿，清营解毒。

方药：清营汤合仙方活命饮加减。

水牛角 30 克（先煎），生黄芪 15 克，生地黄 15 克，赤芍 15 克，紫草 15 克，牡丹皮 15 克，玄参 15 克，当归 6 克，皂角刺 15 克，蜈蚣 5 克，白花蛇舌草 10 克，漏芦 10 克。水煎，日 1 剂。

方解：本方以水牛角、生地黄、赤芍、牡丹皮紫草清热凉血；白花蛇舌草、蜈蚣、当归、皂角刺、漏芦以祛风除湿通络；黄芪朴益扶正，托毒外出。

加减法：热盛斑者加大青叶 12 克、金银花 15 克；低热不退者加地骨皮 15 克、知母 12 克、苦参 15 克；气滞血瘀者选用丹参 15 克、䗪虫 10 克、红花 10 克、桃仁 12 克、蒲黄 10 克；大便溏薄者宜减桃仁；气滞血虚者可选用鸡血藤 24 克、党参 15 克、茯苓 15 克、旱莲草 15 克、白术 10 克；胃脘胀满，加陈皮、制香附、枳壳之类。

2.系统性红斑狼疮。

（1）热毒炽盛型。

主证：病情骤发，变化转剧，壮热烦躁，面部蝶状红斑，关节肌肉瘘痛，皮肤紫斑，口渴咽干，口舌生疮，神昏澹语，甚则手足抽搐，大便秘结，小便短赤，舌红绛、苔黄腻，脉洪数或弦数。

治法：清营透热。

方药：犀角地黄汤合大黄黄连泻心汤加减。

水牛角 30 克（先煎），赤芍 15 克，牡丹皮 20 克，金银花 15 克，白茅根 20 克，玄参 15 克，生地黄 24 克，黄连 12 克，大黄 10 克（后下），黄芩 15 克。

方解：水牛角、赤芍、牡丹皮、玄参、生地黄以清营凉血；大黄、黄芩、黄连以清热解毒。

（2）阴虚内热型。

主证：壮热，五心烦热，斑疹暗红、盗汗、或自汗，关节瘘痛，腰瘘脱发，或足跟痛，懒语肢怠，舌红，少苔或无苔，脉细数而软或薄脉。

治法：养阴滋肾，凉血宣痹。

方药：青蒿鳖甲汤合一贯煎。

青蒿 10 克，生鳖甲 24 克（先煎），秦艽 10 克，生地黄 20 克，生黄芪 24 克，白花蛇舌草 20 克，牡蛎 30 克（先煎），牡丹皮 15 克，旱莲草 15 克，太子参 30 克，当归 10 克，苦参 15 克，紫草 15 克，甘草 5 克。

方解：本方用青蒿之芳香，清热透络，引邪外出；鳖甲直入阴分，威寒滋阴，以退虚热；生地以滋阴清热，助鳖甲退热；牡丹皮凉血透热；旱莲草、紫草、白花蛇舌草以清营凉血透疹；生黄芪、太子参、生地黄、甘草以补益气血；秦艽以宣痹清热；苦参以清热燥湿宣痹；牡蛎入肝肾两经，对明虚阳亢吉有平肝潜阳之功。诸药合用共奏滋阴益肾、凉血宣痹之效。

（3）脾肾阳虚型。

主证：面色无华，面目四肢浮肿，腹膨胀满，腰膝瘘软，神疲肢怠，足跟痛，肢冷面热，尿少或尿闭，或见悬饮，舌淡，苔少，舌体胖嫩，脉沉细弱。

治法：温肾理气，平喘肃肺。

方药：桂枝芍药知母汤合九宝汤加减。

熟附子 10 克，陈皮 12 克，姜皮 10 克，炙麻黄 10 克。杏仁 12 克，苏子 15（先煎），知母 12 克，白芍 24 克，大腹皮 15 克，白茅根 15 克，肉桂 3 克（焗服），葱白 5 个。水煎，日 1 剂。

方解：本方用熟附子、肉桂以温阳补肾；陈皮、姜皮、大腹皮以理气行水消肿；麻黄、杏仁、苏子以宣肺降气平喘；知母、白芍以养阴，使阳有所化；白茅根以清热利尿；葱白以散寒通阳。诸药合用，共奏温肾理气、平喘肃肺之功。

（4）邪热（或瘀热）伤肝型。

主证：黄疸、胸胁胀痛，腹胀纳呆，头晕失眠，月经不调，皮肤紫斑，吐血，衄血，甚至肝脾肿大，舌红少苔，或舌紫暗瘀斑，脉细弦。

治法：疏肝利胆，凉血调经。

方药：丹桅逍遥散合鳖甲煎丸加减。

牡丹皮 15 克，生鳖甲 20 克（先煎），白芍 15 克，茯苓 12 克，炒谷芽 20 克，紫草 15 克，旱莲草 15 克，夜交藤 24 克，黑栀子 15 克，槐米 12 克，枳壳 10 克，苏梗 12 克，厚朴 10 克，柴胡 12 克，鸡内金 10 克，黄芩 15 克，

茵陈蒿 24 克，仙鹤草 20 克，生黄芪 15 克。水煎，日 1 剂。

方解：壮丹皮、生鳖甲以清热凉血；白芍缓急止痛；紫草、旱莲草、黑栀子、仙鹤草、槐米共用共成清热凉血止血；柴胡、枳壳、苏梗、厚朴共成疏肝理气；黄芩、茵陈蒿以清热除湿利胆；茯苓、谷芽、鸡内金以健脾消食；生黄芪以益气扶正，防苦寒之品太多而伤正。诸药合用，共奏疏肝利胆凉血调经之功。

（5）风湿热痹型：

主证：四肢关节肿痛痠胀，肌肉痠痛不适或伴低热，舌红、苔黄糙，脉滑数或细数。

治法：祛风化湿，活血通络。

方药：防己地黄汤合蠲痹汤加减。

生黄芪 20 克，生地黄 20 克，桑枝 15 克，海风藤 20 克，老鹳草 12 克，羌活 20 克，独活 10 克，桂枝 6 克，乳香 6 克，木香 10 克，无仙藤 15 克，当归 10 克，川芎 6 克，甘草 5 克。日 1 剂，水煎服。

方解：生黄芪以益气利水消肿；生地以清热养阴；桑枝、海风藤以祛风通络；老鹤草以祛风除湿通络；羌活、独活以散寒法风通络；桂枝以湿通经络；木香以行气；乳香、川芎、当归以活血通络；大仙藤以祛风通络；甘草调和诸药。

（6）肝肾阴虚或肾阳亏损型：

主证：发热已退或偶有低热，局部斑疹暗褐，腰痠腿痛，关节稍有度楚，毛发脱落，女性见月经不调或闭经，或伴头晕耳鸣、目眩、口燥干，大使不调，小便黄，舌红少津，苔薄黄，脉细数。

治法：养阴补肾，平肝调经。

方药：自拟方。

秦艽 12 克，地骨皮 15 克，丹皮 15 克，老鹤草 30 克，土茯苓 30 克，忍冬藤 30 克，青蒿 15 克，生地 20 克，乌梢蛇 10 克，炙甘草 5 克，水煎服．日 1 剂。

方解：本方用秦艽以清虚热，与地骨皮和用起清骨透热作用；丹皮以凉血透热平肝，老鹳草、乌梢蛇以祛风通络；土茯苓以解毒利湿利关节；忍冬藤以活血通络；青蒿芳香入阴分以清虚热；生地清热养阴；炙甘草益气，使阴有生化之源。因此诸药合用，共奏养阴补肾，平肝调经。

二、西医治疗

系统性红斑狼疮是一种复发与缓解相交替的自身免疫病。治疗目的在于缓解症状、抑制病理过程，保护脏器功能及治疗各种并发症。缓解期病人应定期至专科医师处随访，避免某些诱发因素及不良刺激，注意发生红斑性狼疮活动先兆并及时治疗。

（一）一般治疗：急性活动期病人休息最为重要，慢性缓解或稳定期应劳逸结合，保持心身愉快。避免诱发因素，如过敏、感染等。

（二）药物治疗。

1.非甾体类抗炎药及抗疟药。

在红斑狼疮未合并心、肺、肾、中枢神经系统损害，血小板减少及溶血性贫血者可不用激素和（或）免疫抑制剂治疗。而这些患者可用非留体类抗炎药，如阿司匹林、消炎痛及保泰松等。

氯喹口服后主要积累于皮肤，能抑制 DNA 与抗 DNA 抗体的结合。对控制

红斑性狼疮皮疹、光敏感和关节症状有效。是治疗盘状狼疮的主要药物。其用法用量：250～500㎎/日，羟基氯喹每日剂量 200～400㎎，一般用药 4 周，有效后减为维持量。抗疟药应用的最大缺点是长期应用后可引起积蓄中毒，引起视网膜退行性变，过早停药病变可逆转，为预防眼部病变，应用氯喹者宜定期作眼底检查。

2.糖皮质激素类药物，适用于急性暴发型狼疮和（或）有重要脏器如肾、中枢神经、心肺和有溶血性贫血等病变的红斑性狼疮。

（1）最常用为泼尼松，每日 1㎎/kg，病重可增量，病轻可减量，按每日 0.5㎎/kg，给药。活动期红斑性狼疮以分次给药为好，临床和实验指标明显好转后开始逐渐减量。一般每周减 5㎎，减至每日 20～30㎎ 时减量速度宜更慢。此时可逐渐改为隔日 1 次给药以减轻垂体——肾上腺轴抑制。多数病人于 1 年后能以每日 10～15㎎（或隔日 20～30㎎）维持，如在减量过程中症状反跳，则应使用反跳前剂量再加 5㎎ 予以维持。维持时间宜长，以年计。

（2）对暴发性 SLE、顽固性狼疮性肾炎和中枢病变者可采用大剂量短期激素冲击疗法：

常用药物为甲基泼民松龙 1g（15㎎/kg）加入 5%葡萄糖 250㎖ 中静滴注（30～60 分钟内滴完），每日 1 次，共 3 次。7～10 天后可重复另一次冲击治疗，疗效得到肯定。本法不宜做常规治疗。其副作用有高血压、高血糖、浮肿、心律失常、关节渗液，及其他神经系统并发症。

3.免疫抑制剂：

主要用于单用糖皮质激素效果欠佳、激素减量后容易复发或长期大量使用激素后有严重副作用的病人。

常用药物有：环磷酰胺及硫唑嘌呤等。

环磷酰胺：剂量为每日 1.5～2.5㎎/kg，口服或静注。

硫唑嘌呤：每日 2～3㎎/kg。

免疫抑制剂常和糖皮质激素同用。其主要副作用有骨髓抑制、性腺萎缩、出血性膀恍炎、感染、脱发及致畸致癌等。

（三）血浆置换：主要通过清除患者血液中之抗体、免疫复合物及其它有害蛋白质、清除炎性介质。有人认为对细胞免疫及内皮细胞功能亦有影响。对暴发性狼疮有良好治疗及抢救作用，能使发热、皮疹、关节痛、蛋白尿及化验指标等迅速好转，但对总病程及预后似无影响。其方法为每周进 2～3 次，每次置换量为 40㎖/kg，补充等量新鲜血浆或白蛋白。血浆置换必需与糖皮激素及免疫抑制剂同用，以增加缓解率，避免复发。

（夏海燕）

第十章恶性肿瘤

第一节鼻咽癌

鼻咽癌是发生于鼻咽部的恶性肿瘤，中医属于“失荣”、“石上疽”、“天疽”、“颃颡癌”的范畴。

鼻咽癌发生部位隐蔽，又与眼、耳、鼻、咽喉，颅底骨和脑神经等重要器官相邻，具有易于在粘膜下向邻近器官直接浸润或淋巴结转移的生物学行为，所以症状多变或不明显，常被病人或医师所疏忽。其常见临床症状有：1.颈淋巴结肿大；2.回缩性血涕或鼻出血，3.耳鸣、听力减退、耳内闭塞感，4.头痛，5.鼻塞，6.面麻，7.复视，8.舌肌萎缩及伸舌偏斜，9.眼睑下垂，眼球固定，10.停经。

诊断：

临床有回缩性血涕、单侧性耳鸣、听力减退、耳内闭塞感、不明原因的颈淋巴结肿大，面部麻木、复视、伸舌偏斜、舌肌萎缩、头痛等症状者都应仔细作鼻咽镜和临床检查，只有仔细倾听病人主诉，认真检查，才能早期发现鼻咽癌。

常见检查：

一、鼻咽镜：有间接鼻咽镜、纤维鼻咽镜。

二、临床检查：头颈部、眼部、脑神经检查。

三、X 线检查：鼻咽侧位片、颊顶位片、颈静胺孔片。

四、放射性核素骨显象诊断（用于鉴别骨转移的诊断〕。

五、CT 检查（可以了解鼻咽腔内肿瘤的部位，管腔是否变形或不对称，咽隐窝是否变浅或闭塞，还可以显示鼻咽腔外侵犯）。

六、B 超检查（主要用于内脏、颈、腹膜后和盆腔淋巴结的检查）。

七、磁共振成象检查 CMRI 可清楚显示头颅各层次、脑沟、脑回、灰质、白质和脑室、脑脊液管道、血管等，可显示肿瘤与周围组织关系）。

八、血清学诊断：有 VCA－IgA 抗体及 EA－IgA 抗体、癌细胞的 EBNA、血清 EB 病毒抗体的检测。

九、病理学诊断：鼻咽癌最后确诊的依据是病理学诊断，虽然临床症状、体征、X 线、CT 和血情学诊断提示为鼻咽癌，但仍须有病理学明确诊断。

中医认为失荣、石上疽、颃颡癌等的发病机理一般为：

一、肝气郁结，疏泄失常，气机滞阻下畅，久则气滞血瘀，日积月累，渐成肿块；肝郁气滞，横逆犯脾，脾失健运，湿浊停聚，致气血痰浊互结，停滞于经络之间而成。

二、肺经受热，肺阴耗伤，气机不利，失去肃降功能，致水液内停，疾浊内生，营卫气血运行受阻，痰浊久滞经络，逐渐积累成癌。

三、饮食劳倦伤脾，脾失健运，运化水湿功能障碍，久聚成痰，痰浊阻滞，兼遇外感或火热内生，火挟痰湿循经流注，凝结而成包块。

现代医学之流行病学调查，提示鼻咽癌的病因可能与 EB 病毒感染、环境、饮食和遗传等因素有关。鼻咽癌病人 EB 病毒 EA－IgA 和 VCA－IgA 的抗体阳性率分别为 96%和 81.5%,表明这两种抗体可做为鼻咽癌的血清学诊断标记。如果 EA－IgA 和 VCA－IgA 抗体均为阳性，鼻咽癌可能性很大。环境因索也是诱发鼻咽癌的一种原因。在广东，调查发现鼻咽癌高发区的大米和水

中的微量元素镍含量较低发区为高，其患者头发中的微量元素镍含量亦高。动物实验表明镍能促进亚硝胺诱发鼻咽癌，提示镍可能是促癌因素，也有报道食用咸鱼及腌制食物是中国南方鼻咽癌高危因素。且与食用咸鱼的年龄、期限、频度及烹调方法有关，鼻咽癌病人有种族及家庭聚集现象。

［治疗］

一、中医治疗

（一）内治法。

1.肝气郁结，气滞血瘀。

主证：多见口苦咽干、头晕目眩、胸闷不舒、暖气、脘腹胀痛、胁痛、耳鸣、舌红、舌边或有瘀，苔黄、脉弦数或细数。

治法：疏肝解郁，养血泻火。

方药：丹桅逍遥散加味。

丹皮 15 克、栀子 12 克、当归 12 克、白芍 15 克、白术 15 克、柴胡 12 克、茯苓 15 克、甘草 6 克，薄荷 8 克、香附 9 克、熟地 15 克、首乌 20 克。

方解：本方以柴胡、香附、薄荷疏肝解郁；当归、熟地、首乌活血养血；白芍柔肝；丹皮、栀子清热泻火；若兼见气血痰浊互结，可加入法夏、制南星、陈皮等理气化痰。

2.肺经受热、痰湿凝滞。

主证：多见头痛、疲乏、胸胁满闷、气短、或有咽痒咳嗽、咯痰、苔白或微黄而腻，脉缓或弦滑。

治法：清热润燥，疏肺散结。

方药：益气清金汤加味。

土地 15 克，麦门冬 15 克，甘草 6 克，玄参 15 克，川贝母 15 克，太子参 30 克，丹皮 15 克，瓜蒌皮 15 克。

方解：本方以生地、麦门冬、太子参益气养阴、玄参清虚火而解毒；丹皮凉血散结；川贝母、瓜蒌皮润肺化痰；若痰涎增多，加法夏、葶苈子等。

3.脾失健运，湿浊流注。

主证：头重、四肢倦怠、咳嗽、痰稀白、量多、纳差、脘腹胀闷、舌体胖、苔白腻、苔兼热邪，则舌质红、苔黄腻、小便黄等。

治法：健脾燥湿，化痰散结，兼以清热。

方药：二陈汤加味。

党参 20 克，陈皮 6 克，法夏 12 克，茯苓 20 克，橘红 15 克，枳壳 12 克，白术 12 克，甘草 6 克。

方解；本方党参、白术、云苓健脾益气渗湿；法夏、陈皮、橘红理气化痰；枳壳宽胸理气；若纳差，宜配神曲 10 克、麦芽 30 克、谷芽 30 克以健脾消积；如火热偏盛，痰色呈淡红，宜加龙胆草 8 克、栀子 10 克、车前子 15 克以清利火热湿邪。

（二）外治法。

可用麝香散或碧玉散涂或吹于肿瘤上，以促进肿瘤的消散。

二、西医治疗

（一）放射治疗。

鼻咽癌对放射线有一定的敏感性，鼻咽癌原发病灶和颈淋巴结引流区可以包括在照射野内，各期鼻咽癌放射治疗的 5 年生存率为 50%左右。放射线的种类对鼻咽癌治疗效果有明显影响.目前鼻咽癌原发灶已下再采用或单用

深度 X 线治疗，而采用 $^{60}C_0$ 或 4～6MV 加速器 X 线治疗。颈淋巴结可先用 $^{60}C_0$ 或 4～6MVX 线切线照射，再加电子线或深度 X 线垂直照射。

鼻咽癌的放射治疗可分为根治性放射治疗和姑息性放射治疗。

根治性放射治疗适应证为：①kamofsk：分级 60 分以上；②肝肾功能正常，红细胞 3.5×10^{12}/L 以上，白细胞 3.5×10^{9}/L 以上；③无锁骨以下的转移，颈淋巴结转移灶小于 10㎝。

姑息性放射治疗适应证为：①kamofsk：分级 60 分以上；②头痛剧烈，鼻咽有中量以上出血者；③有单个性远处转移者或颈淋巴结转移大于 10㎝。经姑息放射治疗后如一般情况有改善，症状消失，远处转移灶能控制者，可改为根治性放射治疗。

（二）化学治疗。

鼻咽癌 95%以上属于低分化癌和未分化癌类型，恶性程度高，生长快，容易出现淋巴结或血道转移。放射治疗是一种局部治疗方法，不能预防远处转移，因而合并应用化学药物或几种药物联合治疗，可能使癌肿缩小或消灭微小病灶，提高治疗效果。

1.联合化疗方案：

（1）CF 方案。环磷酰胺 800㎎，5—氟尿嘧啶 500㎎，静脉注射，每周 1 次，4～6 次为一疗程，有效率为 82.6%。

（2）PF 方案。顺氯氨铂 20㎎/㎡ 和 5－氟尿嘧啶 500㎎/㎡ 静脉滴注，连用 5 大后休息两周，可用 2～3 个疗程，此方案可用于放疗前使肿瘤缩小，或用于单纯化疗的病例。有效率为 93.7%。

（3）PFA 方案。顺氯氨铂 20㎎ 和 5-氟尿嘧啶 500㎎，静脉滴注 5 天，阿霉素 40㎎，疗程第 1 天静脉注射，3～4 周后重复一次，有明显缩小肿瘤作用。

（4）CBF 方案。环磷酰胺 0.6～1.0g/次，静脉注射，第一、第四天应用。争光霉素 15㎎/次，肌肉注射，第一、第五天应用，5－氟尿嘧啶 500㎎ 静脉注射，第二、第五天应用，疗程结束后休息 1 周，共用 4 个疗程，有效率为 60.8%。

（三）手术治疗。

Ⅰ 期鼻咽癌以放射治疗为主，但病理类型力高分化鳞癌或腺癌以及其他对放射不敏感的癌瘤，病灶局限在顶后壁或前壁，全身无手术禁忌证者可考虑经腭途径行原发灶切除。

（陈春永）

第二节甲状腺癌

甲状腺癌是发生于甲状腺体的恶性肿瘤。好发于青壮年，女性多见，男女之比为 1∶2。按病理学特征可分力乳头状癌、滤泡状癌、髓样癌、未分化癌及其他癌（包括鳞状细胞癌等）。低度恶性的甲状腺癌预后较好，未分化癌的 5 年生存齿却低于 5%。

甲状腺癌属中医的“瘦瘤”范畴。《三因方》把瘿分为气、血、筋、肉、石等五类。谓：“坚硬不可移者，名曰石瘿”。本病与石瘿相似。

甲状腺癌的临床表现因病理类型不同有别，临床表现为颈部正中喉结下部位，一侧或两侧有肿块，日渐增大，硬若顽石、凹凸不平，边界不清，起

初可随吞咽上下移动，后期多下移动。可有颈淋巴结转移，晚期可发生压迫症状，呼吸困难、吞咽困难、声音嘶哑和颈耳区疼痛等症状。髓样癌约 30%患者有慢性腹泻史，常伴有面部潮红等类癌综合症。

甲状腺癌的体征和诊断依据：对长期甲状腺肿大而近期迅速增大变硬、缺乏包膜感的甲状腺肿块，吞咽时肿块活动明显受限，基底固定者，或颈部明及淋巴结时，应考虑甲状腺癌的可能，还要注意观察肿块与颈动脉，颈静脉、迷走神经、颈部肌肉和气管的关系，观察是否粘连、压迫和固定。

甲状腺癌的临床辅助诊断有：细胞学检查是用细针吸活检细胞学检查，约 90%的病灶凭细胞的图象即可作出诊断。B 超显象可判断甲状腺肿块的物理性质、大小与周围组织的关系。放射性 131 碘甲状腺扫描可以了解甲状腺的形态和位置以及甲状腺和甲状腺肿块的功能。一般单个冷结节有癌的可能。临床中对甲状腺癌一般较难准确诊断，目前一般主张一次性行腺叶切除活检。

甲状腺癌由于情志内伤，肝脾气逆，以致气郁，湿痰、瘀血凝滞而成。痰瘀郁久化热，热盛可致阴液亏损。亦有由肉瘿日久转化而来。

西医认为放射线与流行性甲状腺肿是致病的两个主要因素，低碘饮食和甲亢也有发生癌的可能。在癌变过程中，最初出现滤泡上皮增生，继而形成腺瘤，最后癌变。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.气郁痰滞型。

主证：颈前喉结两旁结块肿大，质韧不痛，颈胀，胸闷痰多，两肋不适，烦躁，口苦，大便不调，舌红苔薄白，脉弦。

治法：疏肝理气，化痰消瘿。

方药：四海舒郁丸加减。

青木香 15 克，陈皮 3 克，海蛤壳 20 克，海藻、海带、昆布、海螵蛸各 30 克，莪术 10 克，全蝎 6 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中青木香、陈皮理气化痰；海蛤壳、海藻、海带、昆布清热化痰，软坚散结；海螵蛸、莪术、全蝎破血消瘿。合用共奏行气化痰，软坚散瘿之效。

加减法：肿块硬实加三棱 8 克、皂刺 12 克；疼痛加田七末 3 克（冲）；吞咽不适加千层纸 9 克、玄参 15 克。

典型病例：

陈××，女性，32 岁。诊断为甲状腺乳头癌术后复发。证见右颈前肿块 1.5xlcm，质韧不痛，胸闷胁胀，烦躁口苦，舌红苔薄白，脉弦细，拟四海舒郁九加减。处方：海蛤壳 20 克，海藻、昆布、生牡蛎各 30 克，全虫 6 克，莪术 10 克，三棱 8 克，青木香 12 克，黄药子 15 克，甘草 5 克。服药 21 剂，右颈前肿块缩小，质地变软，胸问胁胀消失；宗方加减服药 90 剂，肿块消失。

2.痰结血瘀型。

主证：颈前肿块按之较硬、或有痛，胸闷气憋、或颈部见压迫感，之质暗滞，脉弦滑。

治法：理气活血，祛痰散结，消瘦解毒。

方药：海藻玉壶汤加减。

海藻、昆布、壮岖、猫爪草、夏枯草各 30 克，连翘、山慈菇、黄药子、三棱各 10 克，当归、川芎、陈皮、甘草各 5 克。每日 1 剂、水煎服。

方解：方取海藻、昆布、猫爪草、夏枯草、连翘、山慈菇清热化痰、散结解毒；取当归、川芎补血活血；取黄药子、牡蛎、三稜化症消瘦；取陈皮理气；取甘草和药。

加减法：肿块硬实加穿山甲 18 克，海哈壳 30 克；肿瘤出血而疼痛加田七末 3 克（冲）。蜈蚣 3 条；吞咽疼痛明显去当归、川芎、陈皮加玄参 18 克、浙贝母 18 克。

典型病例：

张××，女性，12 岁，学生。患者于 1 年前发现左颈前甲状腺肿块，近半个月来增大明显，伴颈部胀憋、痰多、咽部疼痛，舌暗苔白脉弦滑。查体右颈前肿块 2、5×2㎝，质硬实，随吞咽活动差，细针穿刺活检为甲状腺乳头癌。用海藻玉壶汤加减。处方：海藻、猫爪草、夏枯草、皂刺各 20 克，三稜、黄药子、山慈菇、浙贝母各 10 克，当归、陈皮各 5 克，芽山甲 12 克。服药 14 剂，颈部胀憋、咽痛消失，颈部肿块缩小到 1.5xl㎝。后病者入院手术切除治疗。

3.阴虚痰热型。

主证：咽痛，声嘶，痰黄，口干渴饮，心烦夫眠，或经放、化疗后，颈前甲状腺肿块、质地硬或稍硬，舌质红苔黄，脉滑数或细数。

治法：清热化痰，益气养阴。

方药：补心丹合五海丸加减。

女贞子、旱莲草、生晒参、玄参各 15 克，海藻、海蛤壳、珍珠母各 20 克，海螵蛸 15 克，干层纸，青木香各 10 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方取生晒参、女贞子、旱莲草、玄参益气养阴；取海蛤壳、珍珠母、干层纸清热化痰；取海螵蛸、青木香理气消瘿，台用有清热化痰、益气养阴、理气消瘿之效。

加减法：发热加青天葵、天花粉；吞咽痛甚去青木香加山豆根 15 克、牛子 12 克；肿块增大明显加鳖甲 18 克，全蝎 6 克。

二、西医治疗

（一）手术治疗。

一旦甲状腺癌确诊，首选手术治疗。不同病理类型和临床分期的甲状腺癌手术的范围和治疗的方法有所区别，多数学者认为癌灶局限于一侧腺叶，无局部浸润，无颈部淋巴结转移及远处转移时，则行患侧腺叶加峡部切除术。如癌灶累及双侧腺叶，一般主张行甲状腺或行全甲状腺切除术。当周围组织有侵犯，并有颈部转移，则行受累组织的广泛切除加根治性颈清扫术。

（二）放射治疗。

甲状腺未分化癌对外放射效果较好。对复发或远处转移又不能手术切除的病灶，只要肿瘤内含有功能性的滤泡成分能显示出吸碘功能，就可以用放射性碘治疗。

（三）内分泌治疗。

所有甲状腺癌作全甲状腺切除的患者要终生服用甲状腺享，每天剂量 80～120㎎，以维持高水准的甲状腺激素水平。

（李真喜）

第三节食管和贲门癌

食管癌是原发于食管粘膜上皮的恶性肿瘤，贲门癌属单发点或主要占据食管、胃粘膜交界线以下 2cm 范围内的癌，实际属胃癌。但实际诊治中，凡发生于食管胃粘膜交界部的癌，如属鳞癌则归入食管癌，如属腺癌则归入贲门癌。

临床上食管贲门癌病人通常以吞咽困难力最突出的症状，故属于祖国医学中“噎隔”的范畴。

早期食管癌的症状体征多不明显，可有轻微的咽下梗噎感、胸骨后和剑突下疼痛或纳物滞留感或异物感、咽部干燥紧缩感，或伴有胸骨后胀闷不适、背痛、暖气等症状，渐加重，至中晚期食管癌阶段，进行性咽吞困难是大多数患者就诊的主要症状，初期咽下固体食物困难，后期液体食物亦不能咽下，渐出现食物返流，返流物中含有大量粘液，并可渐出现侵犯邻近脏器、转移的表现，如声嘶、气急、出血、肝肿大、恶液质等。

贲门癌早期症状，体征更不明显，吞咽不适和吞咽困难出现于较晚期。隐性出血是贲门癌常见的征象，但常不被发现，日久则会出现贫血，也可发生急性大出血。其他亦有暖气、剑突下不适、疼痛等。

食管癌的插散转移方式主要有食管壁内播散、直接浸润至颈。纵隔的脏器内，淋巴转体，远处的血行播散相对较少。

针对食管贲门癌的检查，主要有影像学检查，食管脱落细胞检查和纤维内窥镜检查。消化道钡剂检查可将早期食管癌分为隐伏型，糜烂型、斑块型、乳头型或隆起型等，中晚期食管癌可分为髓质型、蕈伞型、溃疡型、缩窄型、腔内型。CT、MRI 等检查能反映肿瘤与邻近器官的关系，对确定分期和制订治疗方案有较大的指导意义。食管核网细胞检查简便易行，常能发现一些早期病例。纤维内窥镜检查能直接观察粘膜形态，并能直视下行活检，为明确病理组织分型以至确诊的重要手段。食管癌的病理组织分型，一般以鳞状上皮癌最多见，其次有腺癌、未分化癌和一些少见的类型，贲门癌的病理组织分型主要的腺癌。

食管贲门癌的病因病机，现代医学尚不十分明确，一般认为与致癌物质如黄曲霉素，亚硝胺、食管损伤、营养不良和微量元素缺乏、遗传等因素、某些癌前期病变有关。近年的研究揭示，其关键因素是癌基因的激活和过度表达或抑癌基因的失活，以致细胞的增殖和分化失衡，正常的细胞一步步演变而癌变，这是一重大突破。中医认为，本病病因主要是忧思郁怒，酒食所伤，及与水土因素，先天禀赋等有关。病位在食道，属胃气所主，并与肝、脾、肾有关系密切，基本病理为气、痰、瘀交结食道，脘管窄狭，多属本虚标实之证。

［治疗］

一、中医论治。

（一）分型治疗。

1.痰气交阻型。

证见吞咽梗阻，胸隔痞闷，情志舒畅则症状稍减，口干咽燥，舌质暗红，苔厚腻，脉弦滑。

治法：理气开郁，化痰润燥。

方药：启隔散加减。

沙参、茯苓、川贝、郁金各 15 克，丹参 20 克，荷叶蒂、杵头糠各 10 克，砂仁壳 6 克。

方解：丹参、郁金、砂仁壳化瘀解郁，理气和胃；沙参、川贝、茯苓养阴生津，化痰散结；荷叶蒂、杵头糠升清降浊，以和胃气。

加减法：气郁甚者加柴胡 10 克。白芍 15 克；痰浊重者可以川连 6 克、陈皮 6 克、法夏 15 克以加强燥湿化痰之功。

2.津亏热结型。

证见吞咽梗涩而痛，固体食物难入，汤水可下，形体逐渐消瘦，口干咽燥，大便干结，五心烦热，舌质红干，或带裂纹，脉细数。

治法：滋养津液，降逆散结。

方药：五汁安中饮加味。

韭汁、牛乳、梨汁、藕汁、生姜汁各等分适量徐徐咽下，可加当归、生首乌、黑芝麻、沙参、生地、麦冬等各 15 克煎汤加入其中咽下。

方解：韭汁和胃消瘀，降逆除噎；牛乳、梨汁、藕汁生津润燥，增液益胃；生姜汁和胃止呕，化痰畅隔；余药如当归、生首乌、黑芝麻、沙参、生地、麦冬亦为滋润之品，以加强滋阴润燥之功。

3.痰湿壅盛型。

证见吞咽困难，痰涎壅盛，胸咽噎塞，隔肋胀满，舌质淡暗，舌体胖大有齿印，苔白腻多津，脉象细滑。

治法：健脾燥湿化痰。

方药：陈夏六君汤加减。

党参 20 克，云苓、白术各 15 克，陈皮、炙甘草各 6 克，法夏 10 克。

方解：党参、云苓、白术健脾益气除湿；陈皮、法夏化痰散结；炙甘草和中。

加减法：气虚甚者可加黄芪 30 克；舌淡甚、脾阳虚甚者可加干姜 10 克；舌质暗紫者加丹参 20 克、山楂 15 克以增强祛瘀散结之功。

4.瘀血内结型。

证见胸嗝痞滞，食不得下而复吐出，甚至饮食难下，大便坚如羊矢，或吐出物如赤豆汁、面色晦滞，形体更为消瘦，肌肤枯燥，舌红少津，或有瘀斑，或带青紫，脉细涩。

治法：滋阴养血，破瘀散结。

方药：通幽汤加减。

生地、熟地、桃仁、当归各 15 克，红花 10 克，炙甘草 6 克。

方解：地黄、当归滋阴养血；桃仁、红花破结行瘀；甘草益脾和中。

加减法：可酌加三七 3 克（冲）、丹参 20 克、刘寄奴 10 克、五灵脂 10 克以法瘀通络；海藻、昆布、贝母各 15 克以软坚化痰；牛、羊乳汁的润其燥；若寒象重者，可加川芎 10 克、肉桂（焗）3 克；若热象重者可加赤芍 15 克、玄参 15 克；若吐血、便血可加大黄、仙鹤草各 15 克、地榆 20 克以凉血止血。

5.气虚阳微型。

证见长期饮食不下，面色㿠白，精神疲惫，形寒气短，泛吐清涎，面浮足肿，腹胀，舌淡苔白，脉细沉。

治法：温补脾肾，益气回阳。

方药：补气运脾汤、右归丸加减。

黄芪 30 克，党参、熟地各 20 克，白术、茯苓、法夏、熟附子（先煎）、

补骨脂、杜仲、枸杞子各 15 克，甘草、陈皮、生姜各 6 克，砂仁（后下）10 克，肉桂 3 克（后下），大枣 10 枚。

方解：党参、黄芪、白术、茯苓、大枣、甘草补气益脾；陈皮、法夏、砂仁、生姜和胃降逆；附子、肉桂、补骨脂、杜仲补肾壮阳；熟地、枸杞子滋阴壮阳；可加三棱，莪术以加强活血祛瘀之功。

近年的用药方法多参照现代中药药理的研究，常在辨证分型的方药中加入半枝莲、半边莲、三棱、莪术、全蝎、蜈蚣、白花蛇舌草、石上柏等有抑杀肿瘤细胞的药物。

（二）抗癌制剂。

1.吗特灵：为从中药苦参中提取的抗癌有效成分，主要为氧化苦参碱。可配合西医手术、放疗、化疗，亦可单用，并有补升白作用。主要副作用为消化道反应如恶心。呕吐及转氨酶升高。用法：0.5～1.5 克加入 250～500㎖ 液体中点滴，每日 1 次，共 30 克为 1 疗程。

2.榄香烯：为从中药莪木中提取的抗癌有效成分。用法：0.2～0.4 加入 250～500㎖ 液体中点滴。每天 1 次，10～20 天为一疗程，亦可口服，0.2g/次，每日 2 次。主要副作用为静脉炎、面潮红、胸闷、心悸、心跳加快等。

3.康莱特：为从苡仁中提取的有效抗癌成分。用法：莱特乳剂 100㎖ 点滴，每日 1 次，20 天为一疗程，或口服 10㎖，每日 3 次。

4.鸦胆子乳剂：30㎖ 稀释后静滴，每日 1 次，15 天为 1 疗程，或 10/20㎖ 口服，每日 3 次，1 月为 1 个疗程。

二、西医治疗

现代医学目前一般认为，手术是目前有希望根治食管和贲门癌的方法，故对于能手术治疗的患者，一般应争取手术治疗，手术后酌情予辅助化疗或放疗；对于不能手术的患者，可争取予根治性放疗，放疗前后可酌情予辅助化疗；其余患者，则只能行故息性放疗和姑息性化疗，或对症支持治疗。食管和贲门癌对化疗不敏感，只能作姑息性治疗用，但却是内科保守治疗的主要手段。食管鳞癌，一般推荐 DBV（DDP、VDS、BLM）方案和高剂量 DPV（PYM、VCR、DDP）方案，（MP（DDP、MMC、PYM）方案，食管腺癌和贲门癌，一般推荐 UFTM（MMC、UFT）方案、FAM（ADM、5-FU、MMC）方案。另外，近期引进的泰素（紫杉醇）单用即对食管癌尤其是耐药者亦有较好的疗效，介入治疗，生物反应修饰剂治疗仍在探讨中，尚未有成熟的经验。

三、对症支持疗法

特别应提及的是吞咽困难，食物返流的问题。肿瘤阻塞食道是其根本原因。但由于肿瘤处周常伴有水肿、炎症，并刺激食道痉挛，分泌增加，故针对这些因素治疗，仍可使吞咽困难得到一定程度的缓解。我们的经验是，应用抗生素、静注地塞米松 5～10㎎/天，口服普鲁本辛或黄连素，肌注阿托品，常可取效。至于很多地方性的经验方、单方，由于药源各地而异，剂量、用法难以掌握，故略而不述。

典型病例：

患者黄××，男 57 岁，因发现颈部肿物及吞咽困难而在外院检查，诊为食管低分化鳞癌并颈淋巴结转移。行一疗程放射治疗后，吞咽困难反加重以致液体亦不能咽下，食物返流而求治干中医。证见面色㿠白，精神疲惫，泛吐青涎，舌淡苔薄白，脉沉细。拟右归九方加减：熟附子（先煎）10 克，干姜 15 克，肉桂 3 克（焗），补骨脂 15 克，淫羊藿 15 克，陈皮 6 克，守宫 4

条，水蛭 6 克。并予先锋Ⅵ点滴及地塞米松 10mg/天点滴，口服黄连素 0.1/次，每日 2 次，普鲁本辛 15mg/次，每日 2 次。3 天后能缓慢进食少许固体食物。

（伍耀衡）

第四节乳腺癌

乳腺癌是危害妇女的主要恶性肿瘤。在中医临床中属乳岩、乳瘠、乳石痈等范畴。

乳腺癌的主要临床表现为乳房内肿块，是绝大多数患者的第一症状、肿块最多见于外上方，多呈单发，坚韧，边界不清的不规则形或椭园形包块，早期中期能活动，晚期固定，当肿瘤发展，可出现乳房疼痛。皮肤橘皮样改变或出现卫星结节。乳头回缩。乳头溢液。常见的淋巴结转移部位是腋下及锁骨上淋巴结（同侧为多）。早期常无全身症状，后期可出现消瘦、贫血、恶病质等。血行播散发生在肺、胸膜、肝、脑、骨骼转移为多，并可出现相应的症状，如咳嗽、咯血、胸痛、黄疸、头痛、腹内肿块、骨折等。

根据病史和体征，对中、晚期乳腺癌患者作出诊断并不困难，但要获得早期诊断比较困难，必须结合具体情况，进行有效的综合检查。病理学检查是确诊不可缺少的依据。

中医学认为本病病在乳房，与肝、脾、肾有关。肝藏血，主疏泄，情志不舒，疏泄失调，肝气郁结；或多产、房室过度，损伤冲任，肾气亏损，冲任失调，气血不畅等致气滞血瘀；脾气结滞、水湿失运，痰湿内生，痰瘀蕴结乳中而成。日久则化火生毒，肉腐血败。

西医的病因尚未完全清楚，可能与内分泌失调，乳腺发育、遗传、慢性刺激、病毒、饮食、精神等因素有关。

［治疗］

一、中医治疗

通常只用于不能手术或手术、放化疗后的患者。

（一）分型治疗。

1.肝气郁结型。

主证：乳房肿块，口干，两胁胀痛，胸闷不适，精神抑郁，心烦易怒，舌质红或稍暗，苔薄白，脉弦或弦滑。

治法：疏肝解郁，理气散结。

方药：开郁散。

柴胡 10 克，当归 12 克，白芍 15 克，白术 15 克，茯苓 15 克，香附 10 克，郁金 15 克，全蝎 10 克，白芥子 12 克，炙甘草 8 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中以柴胡、香附、郁金疏肝理气解郁；当归、白芍养血柔肝；白芥子化痰散结；全蝎解毒散结；配伍茯苓、白术以健脾；炙甘草调和诸药。共奏疏肝解郁，理气散结之功。

加减法：肝郁化热、口干苦者，加桅子 12 克、牡丹皮 15 克；肿块硬实，加青皮 10 克、露蜂房 15 克、山慈菇 15 兄。

2.冲任失调型。

主证：乳房内肿块，经前有胀痛，腰腿痠软，烦躁体倦，月经不调，舌稍红，苔薄白，脉沉弦或弦细无力。

治法：调摄冲任，疏肝理气。

方药：二仙汤合逍遥散。

仙茅 15 克，仙灵脾 12 克，当归 12 克，巴戟天 10 克。

黄柏 10 克，知母 12 克，白芍 15 克，柴胡 15 克，白术 30 克，茯苓 15 克，甘草 8 克。

方解：本方以仙茅、仙灵脾、当归、巴戟大温肾阳、补肾精、调理冲任；黄柏、知母泻肾火；柴胡、白芍疏肝柔肝；茯苓、白术、甘草调和脾胃。

加减法：气郁甚者加郁金 15 克、青皮 10 克，气郁化热；伴口干苦，舌红，苔薄黄者，上方去巴戟天，加牡丹皮 15 克、赤芍 15 克，桅子 12 克。

3.毒热蕴结型。

主证：乳房肿块增大，红肿疼痛，甚者破溃翻花，流脓渗血，恶臭，舌红暗或红绛，苔少或无苔，脉弦或弦数。

治法：清热解毒，祛瘀散结。

方药：公英汤加减。

蒲公英 10 克，瓜蒌 10 克，紫花地丁 10 克，夏枯草 15 克，金银花 15 克，当归 20 克，黄芪 15 克，天花粉 15 克，白芷 15 克，赤芍 15 克，菲白 15 克，桂枝 10 克，远志 10 克，甘草 9 克。

方解：方中蒲公英、瓜蒌、夏枯草、紫花地丁、金银花清热解毒；赤芍、当归活血破瘀；天花粉、远志、菲白、白芷化痰散结；黄芪、桂枝益气扶正通血脉；甘草调和诸药。

加减法：热毒炽盛，面赤发热，口干心烦者，去当归、桂枝，加黄芩 12 克、黄连 10 克、柴胡 10 克；肿瘤已溃烂，创口经久不愈，气血两亏者，重用黄芪 45～60 克，加白术 15 克、白芨 15 克、薏苡仁 30 克、熟地黄 20 克以益气养血，托毒生肌。

4.气血两亏型。

主证：肿瘤晚期，神疲乏力，面色苍白，消瘦，心悸气短，舌质淡，苔白，脉沉细无力。

治法：益气养血，助以化痰祛瘀。

方药：香贝养荣汤加减。

香附 10 克，浙贝母 12 克，陈皮 6 克，川芎 10 克，白芍 15 克，茯苓 15 克，白术 15 克，当归 12 克，党参 15 克，熟地黄 20 克，生姜 4 片，大枣 10 枚，甘草 5 克。

方解：方中以党参、熟地黄益气养血；当归、白芍养血和营；茯苓、白术健脾燥湿；香附、川芎以行气活血祛瘀；浙贝母、陈皮以化痰散结；生姜、大枣、甘草调和脾胃之加减法：肿块溃烂，流脓渗血，恶臭者加金银花 15 克，败酱草 30 克，土茯苓 30 克，薏苡仁 30 克，蒲公英 20 克。

（二）术后及化疗后或放疗后辨证治疗。

1.气血两虚。

主证：手术或化疗后，面色苍白无华，神疲体倦，心悸头晕，少气懒言，舌质淡，苔薄白，脉细弱。

治法：调补气血，健脾补肾。

方药：扶正冲坚。

党参 20 克，白术 20 克，枸杞子 20 克，女贞子 15 克，菟丝子 15 克，补骨脂 15 克，黄精 20 克，黄芪 20 克。

方解：方中以党参、黄芪、白术健脾补气；枸杞子、兔丝子、女贞子、黄精、补骨脂滋养肝肾。

加减法：术后患侧上肢肿胀者，加鸡血藤 30 克、川芎 10 克、薏苡仁 30 克、泽泻 15 克以通络利水；烦躁易怒，月经不调者加柴胡 12 克、白芍 15 克、香附 10 克、郁金 15 克以疏肝理气；耳鸣、目眩者，加山茱萸 12 克以补肾填精。2.热毒津伤。

主证：放疗后，咽干舌燥，烦渴，干咳，无痰，或虚烦不得眠，舌红，少苔，脉细数。

治法：清热生津，润肺和胃。

方药：竹叶石膏汤加减。

竹叶 12 克，生石膏 30 克，麦门冬 18 克，太子参 18 克，知母 12 克，枇杷叶 15 克，芦根 30 克，玄参 18 克。

方解：方中以竹叶、生石膏、芦根清热泻火；太子参、麦门冬益气养阴；玄参、知母清胃火，养阴生津。

加减法：大便干结者加生地黄 20 克、大黄 10 克（后下）。

3.气阴两亏。

主证：放疗后口干，味觉改变，疲倦乏力，头晕目眩，腰瘘耳鸣，舌质淡，苔少，脉细弱。

治法：益气养阴，扶正培本。

方药：六味地黄丸加味。

熟地黄 24 克，山茱萸 12 克，山药 30 克，泽泻 15 克，牡丹皮 12 克，茯苓 15 克，太子参 30 克，菟丝子 15 克。

方解：方中以熟地黄、山茱萸、菟丝子补肾填精；山药、茯苓健脾益气；泽泻清泄肾火并防熟地黄之滋腻；牡丹皮清泄肝火；太子参益气养阴。

加减法：伴心悸、失眠多梦者，加麦门冬 12 克、枣仁 30 克。

典型病例：

陈××，女性，44 岁。已行右侧乳腺瘤根治木，术后作局部及右锁上、内乳区淋巴照射，来诊时放射结束 8 天，伴口干，食不知味，纳差，疲倦乏力，动则汗出，头晕耳鸣，腰疼，梦多，小便清长，舌质淡，苔少，脉细。本证属放疗后热毒伤阴致气阴两虚，以六味地黄丸加味治疗。处方：熟地黄 24 克、山茱萸 12 克、山药 30 克、泽泻 15 克、牡丹皮 12 克、茯苓 15 克、太子参 30 克、菟丝子 15 克、糯稻根 30 克、白术 20 克、大枣 10 枚、黄芪 30 克，煎服 7 剂。动则汗出、疲乏、头晕等症明显减轻，黄芪益气固表，白术加强健脾益气之力，糯稻根敛汗，大枣健脾补虚。（三）中成药治疗。

1.吗特灵 1.5g＋5%葡萄糖 500㎖，静脉滴注，每日 1 次，3 周为一疗程。用于手术前后或不能手术者。2.扶正抑癌液 10㎖，每日 3 次，适用于手术后。放化疗后白血球低下者或气血两虚者。

二、西医治疗

治疗应因期别而异，合理搭配手术，放疗和化疗等多种手段。

（一）手术治疗。

是乳腺癌的主要治疗手段之一。适用于符合国际分期Ⅰ、Ⅱ期及部分Ⅲ期能施行手术而无手术禁忌症者。

（二）放射治疗。

1.根治性单纯放疗，因疗效不佳，合并症多，目前已少用。

2.辅助性放疗：为术前或术后放疗。术前放疗，目的是使肿瘤体积缩小，便于手术，防止术中转移。术后放疗。目的是消灭手术可能残留的癌细胞，降低局部及区域性复发。目前乳腺癌术后的放疗原则：根治术后腋下淋巴结阳性吉或腋下淋巴结阴性，但肿瘤位于内乳区者，行锁上及内乳区淋巴放射；改良根治术后，加全胸壁及锁上淋巴区放射。

3.姑息性放疗：主要适用于大部分III期和IV期病人，或配合化疗。目的是缓解症状，延长寿命。

（三）内科治疗。

主要有①用于乳腺癌术前的辅助化疗。目的是缩小手术范围，提高切除率。②术后的保驾化疗，目的是消灭临床上的微小转移灶。③内分泌治疗，主要用于闭经后或激素受体（ER）阳性者。

1.对乳腺癌有效的单药：有效率在 10%～40%之间。阿霉素（ADR）40%～50%、环磷酰胺（CIX）34%、甲氨喋呤（MIX）35%、5-氟脲嘧啶（5-FU）27%、丝裂霉素（MMC）22%～28%、长春新碱（VCR）22%、蒽醌类药物 34%、异长春碱酰胺（NVB）40%～60%、泰素（Taxol）54%。

2.联合化疗方案。

（1）CMF 方案，有效率不低于 50%。

①环磷酰胺（CTX）100mg/m²，POdl-14。

甲氨蝶呤（MIX）30～40mg/m²ivd$_1$、8。

5-氟脲嘧啶（5-Fu）400～600mg/m²VDd$_1$、8。

每 4 周为一疗程

②环磷酰胺（CTX）600mg/m²ivd$_1$。

甲氨蝶呤（MIX）40mg/m²ivd$_1$。

5-氟脲嘧啶（5-FU）600mg/m²VDd$_1$。

每 3 周为一疗程。

①为经典式的 CMF 方案，有效率、生存期均比②佳，但血液毒性也比②显著。

（2）FAC 方案有效率 50%以上。

5-氟脲嘧啶（5-Fu）500mg/m²VDd$_1$、8。

阿霉素（ADR）50mg/m²ivd$_1$。

环磷酰胺（CTX）500mg/m²ivd$_1$。

每 3 周为一疗程。

CMF 和 FAC，方案是目前最有效、最常用的第一线联合化疗代表方案。

（3）Taxo＋LADR（或 PDD）

泰素（Taxol）*135mg/m²ivd$_1$。

阿霉素（ADR）40mg/m²，或 PDD30mg/m²ivd$_1$。

每 3～4 周为一疗程。

*给泰素（Taxol）前 12 小时和 6 小时服地塞米松 3.5mg，给药前 30～60 分钟给予苯海拉明 50mg 口服及西米替丁 300mg 静脉注射，以防止过敏反应。滴注期间，每 15 分钟测血压、心率、呼吸，观察有无过敏反应。

3.内分泌治疗。

（1）三苯氧胺（TAM）10～30mg/日。

（2）氨基导眠能（AG）250mg/次每日 2 次，连用 2 周，若无副反应，改为 25mg/次，每日 4 次。因 AG 能加速糖皮质激素代谢，故应同时应用氢化可的松 25mg，每日 2 次或地塞米松 0.75～1.5mg/日或强的松 15mg/日。本药对用 TAM 失效的病人仍可能有效。

（3）甲孕酮（MPA）200mg/次，每日 3 次或 500mg/次，肌注，每周 5 天，连用 4 周后改为 500～100mg/周，直到病情发展。

（4）美可治（Megace）160mg/日。

临床有人主张，先用 TAM 失败后用 MPA，最后再用 AG 的方法。

（朱迪盈）

第五节肺癌

原发性支气管肺癌又称肺癌，是肺部最常见的恶性肿瘤之一。40 年代以来肺癌发病卒逐年上升，工业发达国家发病率增加更为显著。据调查 32 个工业发达国家，肺癌平均死亡率为 30—34/10 万，而工业不发达国家则力 7.22/10 万。肺癌在男性常见肿瘤中占首位，在女性常见肿瘤中之第二、三位。

我国肿瘤死亡回顾调查表明，肺癌之男性常见恶性肿瘤的第四位，在女性中之第五位。全国许多大城市和工矿区近 30 年来肺癌发病率已有明显上升，在上海、北京、天津、广州及鞍山市等，肺癌已占常见肿瘤的首位。有人预测我国随着工业化程度的增高，肺癌的发病高峰也将到来。肺癌的发病率城市大于农村，工业城市大于非工业城市，工业集中地区高于非工业集中地区。本病好发于 40 岁以上中老年人，男性多于女性，男女之比为 2—3∶1，本病死亡率高，5 年生存卒不到 10%，成为威胁人类健康的常见疾病之一。

中医文献尚无肺癌之病名，但有不少类似肺脏肿瘤的记载，如《素间·咳论》曰∶“肺咳之状，咳而喘息，甚至唾血，……面面浮气逆也。”《素间·玉机真脏论》曰∶“大骨枯槁，大肉下陷，胸中气满，喘息不便，内痛引肩项，身热，脱肉破胭，真脏见，十月之内死。”《难经·五十六难》谓∶“肺之积名曰息贲，在右胁下，覆大如杯，久不已，令人洒淅寒热，咳喘，发为肺壅。”后世医书《济生方》亦云∶“息喷之状，在右胁下，覆大如杯，喘息奔溢，是为肺积。”明·张景岳说∶“劳嗽，声哑，声不能出。或喘息气促者，此肺脏败也，必死。”张氏描述劳漱症状与晚期肺癌纵隔转移压迫喉返神经而致声音嘶哑相似，因此肺癌属中医肺积、息喷等范畴。

一、病因病理。

1.中医病因病理。

（1）毒邪侵肺∶外界邪毒（如六淫）侵袭于肺，肺气壅塞，宣降失司，肺络不畅，气滞血瘀，结为癌瘤。

（2）痰湿凝聚∶肺失宣肃，通调失词，脾失运化，湿浊内生，痰湿互结，壅塞于肺，久而形成肿块。

（3）阴阳失调∶外邪内伤，毒气入体，可引起阴阳亏损，脾虚不运，肾气不足等脏腑阴阳失调病变，而致肺气失调，气机不舒，血行不畅，滞而成瘤。

（4）正气虚弱；内经云∶邪之所凑，其气必虚，正气内虚实为肺癌的主要原因；正气不足，肺气亦弱，加上外受邪毒，吸入有害的粉尘烟雾，灼伤

肺阴，故气机升降失常，血行受阻，而成积块。

2.现代医学病因与病理。

（1）吸烟：肺癌的发病与吸烟有密切关系，烟草中含有多种致癌物质，其中以苯比的致癌性最强，吸烟使支气管上皮细胞的纤毛脱落，上皮增生，鳞状上皮化生，核异形改变，导致癌变。

（2）大气污染：工业废气内含有许多致癌物质，是城市的主要污染源，如发电机、汽车的废气苯比含量很高。

（3）职业致癌因子：烟草加热产物、砷、石棉、沥青、放射性芏、铀等均有致癌作用。

（4）慢性肺脏疾病：肺癌与肺结核，慢性支气管炎等均有并存现象，其相互关系韶有待进一步探讨。

由于炎症的慢性刺激，或者吸烟和吸入大气中致癌物质，沉着粘附于段或亚段支气管隆突上，基底细胞形成和发展为鳞状上皮细胞，最后形成癌肿。腺癌是具有分泌功能的腺细胞发展而来，肿瘤生长形成团块，沿着支气管粘膜蔓延，使气管管壁增厚变硬、管腔变窄，也可突出管腔内而呈菜花状，亦可突破管壁侵入肺实质，并可通过淋巴管和血管转移到全身。

二，临床表现。

1.呼吸系统症状。

（1）咳嗽：常为首发症状，多为顽固性，阵发性呛咳，或呈高音调的阻塞性咳嗽，无痰或仅有少许白痰，并发感冒时则有浓痰或浓性粘液痰。

（2）胸痛：为癌肿侵犯胸膜引起，常进行性加剧。

（3）呼吸困难：主要原因是胸腔积液、支气管阻塞及肺不张、或纵隔神经受压引起隔肌麻痹所致。

（3）咯血或血痰：是肺癌的早期症状之一，多为少量咯血或痰中带血。大咯血者少见，为肿瘤表面血管糜烂或破裂所致。

2.全身症状。肿瘤坏死或并发感染时可引起发热，尚有乏力，食欲不振，体重减轻，鳞癌可引起肥大性关节病，杵状指，或重症肌无力。

3.转移症状。肺癌可直接向局部及邻近组织、器官蔓延，或循淋巴道转移及血行转移，肿瘤压迫喉返神经可引起声音嘶哑，压迫食道造成吞咽困难，上腔静脉受肿瘤压迫或癌栓栓塞，则面颈、上部胸壁肿胀和静脉曲张，皮肤红紫，称上腔静脉阻塞综合征；胸膜转移可引起胸腔积液，心包转移可有血性心包积液；肝转移可引起肝痛和腹水；骨转移可引起骨痛及病理性骨折；脑转移可引起头痛、呕吐、偏瘫、抽搐、精神异常等神经症状，常可发生锁骨上、下颈部和腋下淋巴结转移。

三、诊断：

1.临床诊断，有以下情况应考虑为肺癌：

（1）无任何症状和体征，仅在胸片出现肺部孤立结节或肿块，呈分叶状或细毛刺，或经断层证实有支气管阻塞现象者。

（2）男性 40 岁以上，吸烟达 400 支/年，出现刺激性咳嗽，或伴有血丝痰，胸片出现肺部有局限性病灶，经积极抗炎或抗结核治疗无效、病灶反而增大者。

（3）节段性肺炎在 2～3 月内发展为肺不张；或肺叶不张短期内发展为全肺不张者。

（4）血性胸水。

（5）气促，咳嗽同时肺部有弥散性病灶，能排除粟粒性肺结核，肺转移癌，肺霉菌病变等。

（6）出现上腔静脉阻塞、喉返神经麻痹等神经血管压迫症状，或有远处转移表现者。

2.影像学诊断：

（1）X 线检查：是肺癌诊断常用的重要方法，有 5～10%的患者可无任何临床症状在 X 线检查时被出现，周围型肺癌早期表现为肺内小结节影，肿瘤引起支气管阻塞可引起肺段、肺叶不张、或引起阻塞性肺炎、肿瘤侵犯胸膜及心包时可产生胸膜腔积液及心包积液，侵犯肋骨可造成骨质缺损。

（2）CT 扫描：CT 可发现一般胸部平片上所不能出现的低密度阴影及心脏后或脊椎旁的肿瘤，还可显示纵隔内各组肿大的转移淋巴结。

3.纤维支气管镜检查：在直视下可窥视 4～5 级支气管，可以做活检及刷检、阳性率可达 80%～90%。4.剖胸探查：经各种检查均未能确诊，而临床上于高度怀疑且估计有切除条件的肺癌病人，应及时进行剖胸探查，明确诊断。

5.病理学诊断：

（1）肺手术标本经病理、组织学证实为肺癌者。

（2）剖胸探查，肺针穿刺或经纤支镜检采得肺或支气管活组织标本，经组织学诊断为原发性支气管肺癌者。

（3）颈和腋下淋巴结、胸壁、胸膜或皮下结节等转移灶活检，符合支气管肺癌，临床上可能排除其他器官原发癌者。

（4）经活检发现肺有癌灶，组织学诊断符合原发性支气管肺癌者。

6.细胞学诊断：

痰液、支纤镜毛刷、抽吸、冲洗等，获得细胞学标本，镜下所见符合肺癌细胞学标准者。

［治疗］

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.热毒炽盛型。

主证：高热、气促、咳嗽、痰黄稠、咯血，胸痛，口苦，口喝引饮，便秘，尿短赤，舌红，苔黄，脉滑数。

治法：清肺泄热，豁痰解毒。

方效：苇茎汤合大黄牡丹汤加减。

大黄 12 克，牡丹皮 15 克，桃仁 10 克，冬瓜仁 30 克，苇茎 30 克，薏苡仁 30 克，金银花 29 克，鱼腥草 20 克，桔梗 15 克，白花蛇舌草 30 克，半枝莲 30 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方苇茎、金银花清肺泄热；桃仁逐瘀行滞；苡仁清热利湿；冬瓜仁、桔梗涤痰除脓；大黄苦寒泻下、荡涤肠中湿热瘀结之毒，使之速下；白花蛇舌草、半枝莲除有清热解毒作用外，尚有抑杀癌细胞作用。

加减法：高热不退加生石膏 30 克；气喘加麻黄 12 克。

2.肺虚痰湿毒结型。

主证：咳嗽，痰多，胸闷纳呆，神疲乏力，面色㿠白，大便溏薄，机有浮肿，颈核结块，舌质淡胖，或有齿印，舌苔白腻，脉濡停或濡滑。

治法：健脾化湿，祛痰散结解毒。

方药：陈夏六君汤加减。

党参 20 克，白术 15 克，茯苓 15 克，陈皮 6 克，法夏 15 克，山海螺 15 克，猫爪草 30 克，白花蛇舌草 30 克，半枝莲 30 克，黄芪 30 克，桂枝 10 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：党参、黄芪健脾补中益气；白术健脾燥湿；茯苓合白术健脾渗湿；陈皮、法夏燥湿行气祛痰；桂枝调和营卫；山海螺、猫爪草、半枝莲解毒抑杀肿瘤细胞。

加减法：颈核结聚为癌毒外泄，加夏枯草 30 克、浙贝 10 克；四肢不温去桂枝，加熟附子 10 克、肉桂 2 克（焗）。

3.阴虚毒热型。

主证：咳嗽无痰，或痰少而黄，痰中带血，胸闷气促，心烦失眠，口干便秘，发热，或有胸痛，声嘶，舌质红，舌苔花剥，或绛而无苔。

冶法：养阴清热，解毒散结。

方药：生脉散合五味消毒饮加减。

太子参 20 克，麦门冬 15 克，五味子 10 克，玄参 18 克，鱼腥草 30 克，金银花 20 克，紫花地丁 15 克，白花蛇舌草 30 克，紫背天葵 10 克，野菊花 15 克，蒲公英 15 克，半枝佐 30 克。每日 1 剂，水煎两次，分两次服。

方解：太子参益气生津；麦门冬清热养阴；五味子剑肺止汗；银花、合五味消毒饮清热、解毒，亦有抑杀癌细胞的作用。

加减法：心烦失眠加酸枣仁 20 克；痰中带血加紫草 20 克、便秘加大黄 10 克；胸痛加桃仁 10 克。

4.气阴两虚型。

主证：咳嗽痰少，咳声低微，痰中带血，胸痛，气促，神疲乏力，面色㿠白，恶风自汗，口干多饮，舌淡边有齿痕，舌苔薄白，脉细弱无力。

治法：益气养阴，调补脾胃。

方药：生脉散加玉屏风散加减。

吉林参 10 克，麦门冬 10 克，五味子 10 克，黄芪 20 克，防风 20 克，白术 12 克，天冬 15 克，紫菀 15 克，川贝母 10 克。

方解：黄芪补气固表；吉林参益气生津；白术健脾；佐以防风去表而助黄芪益气御风；五味子剑肺止汗；天冬、麦冬清热养阴；紫菀、川贝温肺止咳化痰。

加减法：胸痛加郁金 15 克、延胡索 15 克；咳血加云南白药。

（二）抗癌制剂。

1.吗特灵（苦参总碱）每支 10ml，含生药 0.5 克，1～1.5 克加入 5%～10%葡萄糖液中静脉滴注，每天 1 次，可连续 30 天，肝肾功能不全者慎用，亦可用于恶性胸积液，作胸内注射。

2.康莱特注射液（薏苡仁提取之乳剂）每瓶 100ml，静脉滴注用，连续 20 天为一疗程，可连续用多个疗程。

3.榄香烯乳注射液：用于腔内注射、瘤体多点注射。静脉及动脉注射。用于胸腹腔注射每次 8～12mg/kg，每周 1～2 次，静脉注射一次 6～12mg/kg，与生理盐水或 5%葡萄糖液静脉点滴，介入治疗一次 400～800mg/次，用药 10～15 天为一疗程。

（三）抗癌验方。

1.消积饮（本院制剂）。

北芪 30 克，云芝 30 克，半枝莲 3o 克，全蝎 6 克，蜈蚣 4 条，鱼腥草 30 克，苡仁 30 克，白花蛇舌草 30 克。每日 1 剂、水煎服。

典型病例；

江××，男性，60 岁，有慢性咳嗽史多年，一月前因痰中带血丝、胸痛，在本院门诊经胸片、CT 诊断为右上中央型肺癌，做纤维支气管肺活检病理结果为鳞状上皮癌。近口不慎受凉发烧、咳嗽加剧，胸痛，痰黄带鲜血，气促，口苦，便秘，脉滑数，舌质红，苔黄腻。中医诊断：肺积；热毒炽盛型。拟清肺泄热、豁痰解毒法用苇茎汤合大黄牡丹汤加减：苇根 20 克，薏苡仁 30 克，桃仁 10 克，冬爪仁 20 克，大黄 10 克，金银花 20 克，牡丹皮 15 克，白花蛇舌草 30 克，半支莲 30 克，炙麻黄 10 克，北杏 15 克，石膏 20 克。水煎两次分两次服，连服 4 天后发烧己退，黄痰消失，大便通畅，仍有血丝痰及胸痛。

二、西医治疗

肺癌的临床治疗实践证实，手术和化疗都有一定局限性，为获得满意的疗效，应采取适当的综合治疗措施。

1.手术治疗：

凡确诊为肺癌的病例，应尽量争取手术治疗。依据不同期别、病理类型、酌加放射治疗或化疗，同时用免疫治疗和中医药等综合治疗，可以减少复发和转移。

2.放射治疗；

肺癌的放射治疗不但要有明确的病理诊断，而且要准确的诊断病变范围。根据治疗目的又分力根治治疗、姑息治疗、术前放疗、木后放疗及腔内放疗等。其疗效次于手术治疗。可解除阻塞症状，少数病例可获根治。由于单纯放疗不满意，故常配合其它疗法。

3.化学疗法：

对小细胞肺癌的疗效，无论早期或晚期均较肯定，对非小细胞肺癌也有一定疗效，但仅为姑息作用。近年来化疗在肺癌治疗中的作用已不再限于不能手术的晚期肺癌，而作为全身治疗列入肺癌的综合治疗方法。（1）小细胞肺癌的化疗。

适应证：①经病理或细胞学确诊的小细胞肺癌思者；② KS 记分在 50～60 分以上者；③预期生存时间在 1 个月以上者；④年龄≤70 岁者。

禁忌症：①年老体衰或恶病质者；②心、肝、肾功能严重障碍者；③骨髓功能不佳，白细胞在 3000/ml 以下，血小板在 8 万/ul 以下者；④有并发症和感染发热，出血倾向者。常用方案举例：

CAO（上海市胸科医院）方案：

环磷酰胺 1000mg/m²，静脉注射，第一天。

阿霉素 50～60mg/m²，静脉注射，第一天。

长春新碱 1mg/m²，静脉注射，第一天。

每三周为一周期，每 2～3 周期为一疗程。

COMVP（全国化疗学会协作方案）

环磷酰胺 500～700mg/m²，静脉注射，第 1、8 天。长春新碱 1mg/m²，静脉注射，第 1、8 天。

氨甲喋呤 7～14mg/m²，静脉或肌注第 3、5、10、12 天。鬼臼乙叉甙 100mg，静脉滴注，第 3～7 天。

每 3 周重复 1 次，2～3 周期为一疗程。

CMC（上海胸科医院）方案。

环磷酢胺 500mg/m²，静脉注射，每同 1 次×3。或 1000-1500mg/m²，静脉注射，第二天。

CCNU50～70mg/m²，空腹口服，第 1 天夜。

氨甲蝶呤 10mg/m²，静脉推注，每周 2 次×6 或 30mg/m²，第二天。

每 3 周为一周期，2～3 周为一疗程。

C、V 方案：

碳铂 300mg/m²，静脉滴注，第 1 天。

鬼臼忆叉甙，100mg/m²，静脉滴注，第 1～3 天。

每 4 周为一周期，4 周期为一疗程。

（2）非小细胞肺癌的化疗。

适应症：经病理学或细胞学证实为鳞癌，腺癌或大细胞癌但不能手术的 III 期及手术后复发转移者，或其它原因不宜手术的 I 、II 期病人。经手术探查、病理检查有以下情况行：有残留病灶；胸内有淋巴结转移；淋巴管或血管中有癌栓；低分化癌。

禁忌症：同小细胞肺癌。

CAP 方案：

环磷酰胺 400～1000mg/m²，静脉注射。第 1 天。

阿霉素 40～50mg/m²，静脉注射。第 1 天。

顺铂 40～80mg/m²，静脉注射。第 1 天。

每 3 周为一周期，2～3 周期为一疗程。

注射顺铂前，给病人输 5%葡萄糖液 500ml＋5%葡萄糖盐水 500ml，再将顺铂在 1～2 小时内滴人，半小时后口服速尿 20mg，继续滴注林格氏液 500ml 和 10%氯化钾 10ml。为防止和减轻呕吐，可同时滴注地塞米松 5～10mg，肌肉注射或静脉注射灭吐灵。（总量 40～90mg）。

MFP 方案：

丝裂霉素 5～6mg/m²，静脉滴入，第 1、15、29 天。

氟脲嘧啶 500mg 静脉滴注，第 10、12、17、19、31、33、38、40 天。

顺铂 30mg，静脉滴注，第 3～5 天，24～26 天。

每 6 周为一周期，每 2～3 周期为一疗程。

PE 方案

鬼臼乙叉甙、100mg 静脉注射，第 1～5 天。

顺铂 80mg/m²，静脉注射，水化第 1 天。

每 4 周为一疗程。

尚有合用阿霉素 50mg/m²，静脉注射，第 2 天。

（刘伟胜）

第六节原发性肝癌

原发性肝癌（PHC）是常见的消化道恶性肿瘤。原发性肝癌属中医肝积、症瘕、积聚、臌胀、黄疸的范畴。

原发性肝癌起病隐匿，早期缺乏典型病状。经 AFP 普查检出的早期病例，可以没有任何症状与体征，称为亚临床肝癌（SCHOC）。少数病人在短期内可

出现食欲减退。上腹部闷胀不适或乏力等症状，但一般可参加日常工作和劳动。半数病人虽可有轻度肝脏肿大，但都扪不及肿块或结节。中晚期肝癌患者多有肝区疼痛、上腹部包块、食欲减退、全身乏力、腹胀、发热等，晚期病人多有黄疸、腹水、出血等。如发生肺、骨、脑等部位转移，可出现相应的症状和体征。

临床诊断标准：1.病理诊断：组织学证实为原发性肝癌；2.临床诊断：具下列条件之一：（1）如无其他肝癌证据，AFP 对流法阳性或放射免疫法≥500μg/L，持续 1 月以上，或≥2oo μg/L 持续 2 月以上，并能排除妊娠、活动性肝病（如 SGPT、胆红质、凝血酶原时间、GGT 值异常）、生殖腺胚胎性肿瘤等；（2）有肝癌临床表现，加上核素扫描、超声显像、CT、肝动脉造影，X 线横膈征、酶学检查（如 ALP、GGT）等有 3 项肯定阳性并能排除继发性肝癌及肝良性肿瘤者；（3）有肝癌临床表现，加上肯定的远处转移灶（如肺、骨、锁骨上淋巴结等）或肉眼可见的血性腺水找到癌细胞，并能排除继发性肝癌者。

祖国医学认为肝属足厥阴经，与胆相表里。认为肝癌的发生与感受湿热邪毒或长期饮食不节，嗜酒过度，或情志抑郁、肝气郁滞、气滞血瘀、结而成积以及七情内伤等引起机体阴阳失衡有关。其病理为情志不畅、肝气郁结、感受外邪、内外结合，以致气滞血瘀、渐成肿块；或情志饮食不节，肝气横逆，损伤脾胃，运化不利，水湿停聚，郁而化热，湿热蕴结，日久成肿块；或肝肾阴虚，阴液的竭，气化不利，水湿内停，聚于腹内，发为臌胀，久之成瘤；或正气虚衰，外受邪毒，致肝脾受损，继而气滞血瘀，蕴结日久而成积块。

现代医学认为肝癌的发生是多步骤，多因素协同作用的结果。原发性肝癌的主要病因是乙型肝炎病毒（HBV）、黄曲霉毒素（AFT）的感染以及饮水污染、酗酒、吸烟、亚硝胺、口服避孕药、微量元素、遗传等协同因素。

［治疗］

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.脾虚气滞。

主证：疲乏无力，纳呆食减，嗳气腹胀，胁下胀痛，面色萎黄，舌淡红苔薄白，脉细弦或细涩。

治法：健脾理气。

方药：香砂六君子汤加味。

党参 15 克，白术 10 克，茯苓 15 克，甘草 6 克，木香 10 克，砂仁 10 克（后下），厚朴 10 克，淮山 20 克，苡仁 30 克，菱角 30 克。

方解：本方以党参、白术、茯苓、淮山健脾；木香、砂仁、厚仆理气；苡仁、菱角健脾抗癌。全方有健脾理气之效。

加减法：伴有腹胀、尿少可加用大腹皮 30 克、茯苓皮 15 克；伴有胁痛可加田七末 3 克、川楝子 15 克。

2.气滞血瘀。

主证：胁下肿块刺痛或胀痛，痛有定处，胀胀，纳呆，舌淡红或偏暗紫，时边有瘀斑，苔薄白或薄黄，脉弦细或涩。

治法：疏肝理气，活血化瘀。

方药：柴胡疏肝散合桃红四物汤加减。

柴胡、白芍、红花、桃仁、郁金、川芎、莪术各 10 克，当归、土茯苓各 15 克；八月札、尤葵、葫芦巴各 30 克。

方解：本方以柴胡、白芍、郁金、八月札舒肝理气；以红花、莪术、桃仁等活血化瘀；以土茯苓、龙葵，葫芦巴清热解毒散结。全方有活血法瘀、理气散结之功效。

加减法：伴有纳呆可加焦山楂、谷芽麦芽各 30 克；伴腹胀可加厚朴 10 克、大腹皮 15 克；伴疲乏无力可加西洋参 5 克或太子参 20 克。

3.湿热瘀结。

主证：胁下肿块，坚硬如石，疼痛，目黄，尿赤，身黄，腹胀足肿，舌红或稍红，苔黄腻或黄白腻，脉滑弦。

治法：清热利湿，退黄散结。

方药：茵陈蒿汤加味。

茵陈、白花蛇舌草、猫爪草各 30 克，枝子、大黄、郁金、地鳖虫各 10 克，川楝子、石见穿、莪术各 15 克，半枝莲、大腹皮，茯苓皮各 20 克。

方解：本方以茵陈、枝子、大黄、郁金清热化湿利胆迟黄；以白花蛇舌草、半枝莲等清热解毒；以地鳖虫、莪术、石见穿等活血散结；以大腹皮、茯苓皮等利水消肿。全方有清热化湿、活血散结、利水退黄之功效。

加减法：伴有腹痛可加徐长卿 20 克或鼠妇 10 克；伴有腹胀满、呕恶等加厚朴、法夏、青木香各 10 克；伴纳呆、不思饮食可加焦山楂 30 克、神曲 15 克。

4.肝肾阴虚。

主证：形体赢瘦，肝区肿块疼痛，口干欲饮，烦热或低热，口干，牙宣鼻衄，疲乏少言，腹胀如臌，舌红或淡红，少苔或无苔，脉细弱或细数。

治法：滋补肝肾，化瘀散结。

方药：一贯煎和犀角地黄汤加减。

生地、枸杞、北沙参、水牛角各 30 克，麦冬、女贞、丹皮、玄参各 15 克，莪术，川楝子、夏枯草、鳖甲、青蒿、知母各 10 克，龙葵，半枝莲、葫芦巴各 20 克。

方解：本方以生地、枸杞、北沙参、麦冬、女贞等滋补肝肾；以水牛角、丹皮、莪术、鳖甲、青蒿、知母等凉血清热；以夏枯草、龙葵、葫芦巴等解毒散结。全方有滋阴情热凉血散结之功效。

加减法：如伴有目黄、身黄可减去北沙参、麦冬，加茵陈、枝子各 15 克，田基黄、虎杖各 20 克；如伴腹胀、尿少可减麦冬、生地、北沙参，加厚朴、车前子各 10 克，大腹皮 30 克，白茅根 20 克；如伴食纳呆可减川楝子，加白术 15 克，谷麦芽各 20 克。

（二）中药抗癌制剂。

1.鸦胆子乳注射液，每次 30 毫升，加入葡萄糖盐水内静脉点滴，每日 1 次。

2.榄香烯注射液，每次 0.6 克，静脉点滴。

3.吗特灵注射液：每次 0.5～1.5 克，加入生理盐水，静脉点滴。

4.斑蝥素钠或去甲斑蝥素片，每次 1～2 片，每日 3 次。

5.葫芦巴片：每次 4～6 片，每日 3 次。

6.肝复乐片：每次 6～8 片，每日 3 次。

7.大黄䗪虫丸：每日 1～2 丸。

8.复方木鸡冲剂：每次 1～2 包，每日 3 次。

9.平消胶囊：每次 4～8 粒，每日 3 次。

（三）中药介入治疗。

1.以中药鸦胆子油乳、或榄香烯注射液，或康莱特注射液经肝功脉灌注治疗原发性肝癌。

2.以鸦胆子油乳和碘油进行肝动脉灌注和栓塞，治疗原发性肝癌。

二、西医治疗

（一）手术治疗。

手术治疗是原发性肝癌中治疗方法中远期疗效最好的方法。以小肝癌切除为主的肝癌手术治疗成为肝癌治疗史上的重大进展。尤其对肝右叶的小肝癌无论是否伴有肝硬化。均以局部切除或肝段切除为宜。近 10 年来，对原不能切除的肝癌采用肝动脉结扎，肝动脉插管灌注化疗药、液氮冷冻、激光、肝动脉栓塞、瘤体内注射等方法，使瘤体缩小，再行手术切除。这样达到根治治疗的目的。对肝癌根治术后复发的病人，能行手术者再次切除也可提高生存率。

（二）放射治疗。

原发性肝癌对放射治疗不很敏感，但放射治疗对巨块型肝癌有一定疗效。临床上放射治疗的适应症为：全身状态好，Karofsky 指数 60 以上，肝功能正常，无肝硬化，白蛋白 35g/L 以上，GPT 正常或稍高，或轻度肝硬化者。临床检查及影像学检查肿瘤在 10×l0㎝ 以内，无液化者效果较好。

放射治疗常用 60 钴或直线加速器作移动条照射，每次 100～200CGY，每天 1 次或 2 次，每周 5 天，1 月复查一次肝功能，根治剂量为 6000CGY。

（三）化学治疗。

原发性肝癌对化疗不敏感，临床上常使用的化疗药有阿霉素、5-氟脲嘧啶、顺铂、丝裂霉素、喃呋啶等，可单药使用，也可联合用药。单药常用喃呋啶，每次 1～2 片，每日 3 次，定期复查血象。联合用药常用阿霉素，顺铂，5～Fu。阿霉素为 40㎎/m^2，静脉注射；顺铂 60㎎/m^2，静脉点滴，配合水化；5-FU800㎎/m^2，静脉点滴。每 4 周重复一次。

（四）介入治疗。

经研究证实肝癌的血供几乎全部来自肝功脉。肝功脉结扎后，肝癌血流量减少 90%～95%，癌细胞大部分坏死，而正常肝组织血流仅减少 30%，肝实质损伤轻微。这就为肝动脉灌注和栓塞治疗肝癌提供有力证据。目前，经皮穿刺股动脉，将动脉导管插入肝动脉，注入化疗药阿霉素、顺铂，丝裂霉素、氟脲嘧啶及碘化油，并用明胶海绵栓塞。可使中晚期的肝癌患者 50%的病例肿瘤缩小，生存期延长。

（五）免疫治疗。

由于肝癌的发展，患者机体的免疫功能下降，近年来使用免疫制剂可治疗晚期病例，可延长生命、减轻痛苦。近年来使用较多的有干扰素（IFN）、白细胞介素Ⅱ（IL-2）、LAK 细胞，肿瘤浸润淋巴细胞（TIL）、高聚金荡素、抗肝癌核糖核酸等。

干扰素是目前使用最多的，重组干扰素入注射可使肿瘤有所缩小，生存期延长，但报导各异。近年有使用 IL-2 和 LAK 细胞静脉注射治疗肝癌，可使部分病例肿瘤缩小，AFP 下降。若进行肝动脉注入，疗效则更明显，使用高聚金葡素肌肉注射也可使生存质量改善、生存期延长。

由于肝癌中 33%可查出雌激素受体，故使用他莫苌芬治疗肝癌有一定疗效，可延缓肿瘤增大，提高生存率。

（六）导向治疗。

导向治疗是用对肝癌有亲和力的抗体或化合物作“载体”，或通过物理作用导向，或通过肿瘤血管特性导向，再与有杀伤肿瘤作用的“弹头”（如放射性核素、化疗药、生物反应调节剂等）制成交联物，以达到较多少伤肿瘤而较少损害正常组织的目的。

导向治疗现仍处临床试验阶段，初步结果显示疗效较好，缓解率可达 48%以上，使许多病例肿瘤缩小而获二期切除治愈。

（程剑华）

第七节胃癌

胃癌是发生于胃部上皮组织的恶性肿瘤。是人体最常见的消化道恶性肿瘤之一。

胃癌在中医临床中属“噎膈”、“胃反”、”胃脘痛”、“积聚”等范畴。

胃癌的临床表现取决于病变早晚及部位。早期胃癌由于起病隐匿，70%病人可无明显症状，对 40 岁以上的病人出现上腹部饱胀不适、食欲不振，特别是厌恶肉食、恶心、体重减轻，突然出现上腹部疼痛，或过去有胃病史，但疼痛节律改变，进食后加重，抗酸剂不奏效以及不明原因的黑便及轻度贫血，应高度怀疑本病的可能、晚期胃癌可见乏力，消瘦——恶病质，水肿，贫血，发热，上腹部持续性疼痛，呕血，黑便以及吞咽困难，呕吐等症状。

体征：早期胃癌无明显体征，中晚期胃癌可有中上腹压痛，1/3 病例可能触及上腹部包块，癌肿扩散转侈时可出现腹水，肝肿大、左锁骨上窝、左腋下、脐围、直肠周围发现淋巴结肿大。

临床诊断依据：凡在本病的临床表现，应作下列检查以明确诊断：（1）X 线钡餐检查。尤以低张气钡双重对比造影为佳，阳性率可达到 70%～90%。常见的 X 线征象有①不规则充盈缺损；②癌性龛影；③溃疡龛影周围粘膜粗乱不规则.有中断现象；④梗阻征象；⑤胃壁僵硬，蠕动波消失、或皮革样胃；⑥早期胃癌可有粘膜皱襞轻度隆起、或表浅凹陷，胃小区粘膜粗乱或消失呈杵状中断。（2）胃镜检查，是目前胃癌诊断尤其是早期胃癌的主要方法，准确率达 95%～99%。（3）细胞学检查，阴性率 20%左右。（4）胃液检查特别泌酸试验无酸者应警惕。（5）胃癌相关抗原及其他免疫学检查如 CEA（乳酸脱氨酸），胎儿硫糖蛋白抗原，锌离子测定等。（6）CT、MR 检查对中晚期胃癌可显示肿瘤浸润范围，大小，转移情况，为手术方案及其它治疗提供依据。

胃癌病理组织学分型为：（1）乳头状腺癌，（2）管状腺癌，（3）低分化腺癌，（4）粘液腺癌，（5）粘液细胞癌，（6）未分化癌，（7）硬癌，（8）其它如鳞癌，腺鳞癌，类癌，混合型癌，（9）溃疡癌变。

中医认为本病的病因主要与精神因素，饮食不节及素体因素有关。病理机制可归纳为如下几个方面：1.忧思伤脾，脾不健运则津液不行，聚而成疾；脑怒伤肝，肝气郁滞、日久成瘀，痰瘀互结，壅塞胃腑，阻隔胃气，致胃脘胀痛，痞满纳少，形体消瘦，痰瘀阻塞胃之出入之道，可出现饮食难下或反

胃。2.饮食不节、嗜食辛辣燥热之品，或饮酒过度，致胃中积热，热伤胃阴，津枯血燥，胃脘干槁而发病。脾胃变损，运化失职，气血生化乏源而成气血两亏，胃热伤络可致呕血，便黑，3.禀赋不足素体虚弱，复因情志失调，饮食不当，发为本病。

西医认为本病的发病主要有 1.内源性因素。（1）环境因素：不同的国家与地区发病率的明显差异说明胃癌的发病与环境因素有关。远离赤道高纬度地区发病率高，我国胃癌高发区系于大山岩、变质岩地质带，而低发区多位于石炭岩地质带，另外生活在煤矿，石棉区的居民发病率亦较高。（2）饮食因素，某些食物中可能含有一些致癌因子及其前身，油炸食品含多环苏烃、熏制鱼、肉食品中含 3，4—苯芘化合物。腌菜中含亚硝胺、发霉食物中含黄曲霉素，经滑石粉处理的大米含石棉纤维，以上物质均认为有致癌性。2.内源性因素：（1）遗传因素。资料表明胃癌患者 A 型血的人居多，胃癌患者亲属中胃癌发病率比对照组高 4 倍，而不同种族与胃癌发病率亦有关系。（2）癌前病变，胃多发息肉，胃乳头状瘤，或直径大于 2 厘米的息肉，癌变机会较大，不少学者认为慢性萎缩性胃炎可能是胃癌前期病变，而经久不愈的胃溃疡及胃切除术后的残胃较易发生癌变。

胃癌的转移：（1）淋巴转移。为胃癌最常见、最早的转移方式，有些局限于粘膜层的早期胃癌即可发生淋巴转移，远处淋巴结转移以左锁骨上窝淋巴结较有诊断意义。（2）血行转移，多见于晚期病例，首先转移至肝，以后形成全身扩散。（3）直接转移。当肿瘤侵及浆膜层后即可向腹腔内部近组织器官浸润或癌细胞脱落种植于腹膜引起癌性腹膜炎。

［治疗］

一、中医治疗

1.肝胃不和。

主证：胃脘胀满，时时作痛，痛连两胁，口苦心烦，胸闷嗳气，呕恶不思食，舌苔薄黄或薄白，脉弦。

治法：舒肝理气，降逆和胃。

方药：柴胡疏肝散加减。

柴胡 10 克，枳壳 10 克，香附 10 克，川芎 10 克，白芍 10 克，郁金 10 克，川楝子 10 克，代赭石 12 克，旋复花 10 克，焦三仙 15 克，甘草 6 克，半枝莲 20 克，半边莲 30 克。

方解：本方以柴胡疏肝解郁；枳壳下行破结；白芍以养血柔肝；炙甘草以益气健脾；香附、川芎、川楝子、郁金以增强行气疏肝、和血止痛之效；代赭石、旋复花以降逆止呕；焦三仙以健脾和胃；半枝莲、半边莲共奏抗癌之效。

加减法：若肝气郁结，日久化火，出现胃脘灼痛，可用丹栀逍遥散（丹皮 15 克、山栀子 12 克、白芍 12 克、柴胡 10 克、白术 15 克、茯苓 15 克、甘草 10 克），以疏肝泄热。慎用香燥药物以免伤阴。

2.脾胃虚寒。

主证：胃脘隐痛，绵绵不断，喜温就按，或暮食朝吐，朝食暮吐，或食入经久仍复出，时呕清水，面色㿠白无华，肢浮神疲，或便溏浮肿，舌质胖淡，有齿痕，苔白滑润，脉沉缓或细沉濡。

治法：温中散寒，健脾和胃。

方药：理中汤合黄芪建中汤。

党参 30 克，黄芪 20 克，桂伎 10 克，白芍 12 克，白术 12 克，干姜 15 克，法夏 12 克，熟地子 12 克（先煎），吴茱萸 12 克，炙甘草 6 克，茯苓 15 克，陈皮 8 克，七叶一枝花 30 克。

方解：本方以党参大补元气；白术、黄芪温中焦脾胃而祛里寒；茯苓、陈皮、法夏以理气醒脾：干姜、熟附子、吴茱萸、桂枝以温阳祛寒，益气健脾；七叶一枝花以抗癌。

加减法：若胃痛甚者可加延胡索 15 克、蒲黄 12 克、三七 3 克（冲）等。便溏频繁者，加苍术 12 克、薏苡仁 20 克、诃子 12 克；面色萎黄或苍白明显，可加何首乌 12 克、阿胶 15 克等。

3.胃热伤阴。

主证：胃脘隐隐灼痛，口渴欲饮，咽干口燥，消瘦乏力，食少，大便于结，五心烦热，舌红无苔，脉细数。

治法：养阴清热，益胃生津。

方药：益胃汤合麦门冬汤加减。

沙参 15 克，麦门冬 15 克，生地黄 15 克，玉竹 15 克，山药 18 克，石斛 15 克，天花粉 20 克，半枝莲 20 克，白花蛇舌草 30 克，知母 15 屯，藤梨根 15 克。

方解：沙参、麦门冬、生地黄合用共奏滋阴清热、润燥通便之功；用玉竹、白药、石斛、天花粉、知母以加强其滋阴润燥、生津止渴之功；半伎莲、白花蛇舌草清热解毒抗癌。

加减法：若食少可加用神曲 15 克、麦芽 15 克、山楂 15 克之类；痛甚加白芍 15 克、甘草 6 克；有瘀滞者，可加丹参 15 克、蒲黄 12 克、五灵脂 15 克；血虚者，可酌加党参 20 克、黄芪 20 克、当归 15 克、阿胶 15 克（烊）等。

4.瘀毒内阻。

主证：胃脘刺痛：灼热灼痛，痛处固定，拒按，食后痛剧，口干思饮，心下触及痞块。或呕血、便血、肌肤枯燥甲错，舌紫暗或见瘀点、脉沉弦、细涩或弦数。

治法：解毒法瘀，活血止痛。

方药：隔下逐瘀汤。

五灵脂 10 克，当归 10 克，川芎 10 克，桃仁 10 克，丹皮 10 克，赤芍 10 克，乌药 10 克，延胡索 10 克，香附 10 克，枳壳 10 克，红花 10 克，甘草 6 克，蒲黄 12 克，七叶枝花 20 克，山慈菇 15 克。

方解：方中以蒲黄、五灵脂、延胡索、香附、枳壳、乌药以后血祛瘀，行气止痛；以当归、川芎、桃仁、赤芍、红花、甘草以活血化瘀而养血；七叶一枝花，山慈姑均起解毒化瘀抗癌之效。

加减法：苔少气虚者，加用黄芪 15 克、炒白术 15 克、黄精 12 克；吐血频繁者，可加三七 3 克（冲）、白药 10 克、仙鹤草 15 克；便血甚者可加用地榆 15 克、槐花 15 克、棕榈炭 15 克、三七粉 3 克（冲）。

5.气血双亏。

主证：晚期胃癌，高度贫血，面色无华，面目虚肿，畏寒身冷，全身乏力，心悸气短，头晕目眩，虚烦不寐，自汗盗汗，纳少乏味，形体羸疲，上腹包块明显，舌质淡肿，脉虚细无力或虚大。

治法：补气养血，健脾益肾。

方药：十全大补汤加减。

黄芪 30 克，何首乌 30 克，党参 20 克，白木 15 克，茯苓 15 克，当归 15 克，阿胶 15 克（烊），陈皮 8 克，熟地黄 15 克，黄精 15 克，谷芽 20 克，麦芽 20 克，白芍 15 克。

方解：方中用党参、白术、茯苓、黄芪、黄精以健脾益气；当归、熟地黄、白芍、阿胶滋阴补血；陈皮、谷芽、麦芽理气和胃。

6.痰湿凝结。

主证：胃脘痞塞满闷，头晕目眩，恶心呕吐，或呕出大量痰涎，身重体倦，不思食，舌黯淡，苔滑腻，脉细濡。

治法：化痰散结，理气宽中。

方药：温胆汤加减。

法半夏 10 克，陈皮 6 克，茯苓 15 克，竹茹 15 克，枳实 10 克，代赭石 12 克，苍术 12 克，旋复花 12 克，炒莱菔子 12 克，薏苡仁 20 克，白术 15 克，海藻 12 克。

方解：方中以法半夏、陈皮、苍术理气和胃，燥湿化痰；竹茹情热化痰止呕；枳实以行气消痰；代赭石、旋复花以降逆止呕；白术健脾益气；薏苡仁以健脾除湿；莱菔子以健脾和胃，海藻以消痰散结。

（二）抗癌制剂。

1.注射制坚：①康莱特注射液 100～250㎖/次，静脉滴注、每日或隔日 1 次，20 次为一疗程；②吗特灵注射液 1～3g/次，加入 10%GS250㎖～500㎖ 中静滴，每日 1 次，30 克为一疗程；③10%鸦胆子乳剂 4～10㎎，加入 10% GS500㎖ 中，静滴，每日 1 次，总坚量 6～13g；④肿节风注射液 4㎎，肌注，每日 1～2 次；⑤榄香烯注射液 450～800㎎/次，加入 10%GS500㎖ 中，静滴，每日 1 次，10 次为一疗程；⑥喜树碱 15㎎/次，静脉注射，隔日 1 次或每周 2 次，总量 200㎎ 为一疗程。

2.内服装坚：①康莱特口服液 20～30m1，日 3 次，20 天为 1 疗程；②肿节风片，每次 4 片口服，日 3 次；③莲花片，每次 4 片，口服，日 3 次；④鹅血片，每次 4 片，口服，日 3 次，⑤藤虎粘浆，每次 20～30㎖，口服，日 3 次。

（三）抗癌验方。

1.内服验方：①复方狼毒汤：狼毒 6 克，半枝莲、藤梨根、生薏仁各 30 克，煎服。②三根汤，藤梨根，水杨梅根，虎杖各 30 克，煎服。③经验方：半枝莲、七叶一枝花各 30 克，炮山甲 15 克，蜈蚣 3 条，丹参 20 克，山慈菇 12 克，党参、生薏苡仁各 30 克，浙贝、鱼古各 15 克，田七末 3 克（冲）煎服。④经验主：黄药子 300 克，虻虫 30 克，全蝎 30 克，蜈蚣 30 克，酒浸泡，口服，10～30㎖/次，1 日 3 次。

2.外敷经验方：①蟾酥膏：以蟾酥、生川乌、两面针、丁香、肉桂、细辛、蚤休、红花导药制成橡皮膏，外敷癌性疼痛处，24 小时换药 1 次，7 天为一疗程，②中药止痛抗癌膏：三七、蚤休、元胡、黄药子各 10 克，芦根 30 克、川乌 6 克，冰片 8 克，紫皮大蒜 100 克，麝香适量，大蒜取汁、余药研未，用大蒜汁将药粉调成膏剂贴于痛点，隔日 2 帖，止痛效果好。

二、西医治疗。

（一）手术治疗。

对于早期胃癌，主张以手术恨治为首选方案。其 5 年生存率达 90%，对

未能作根治手术的中晚期胃癌，可根据患者全身情况，考虑作姑息性切除术或短路手术，中晚期胃癌根治性切除术后 5 年生存率为 27.8%，姑息性切除术后 5 年生存率为 5.7%。

（二）化学疗法。

主要用于胃癌患者术前、木中及术后和晚期胃癌或其他原因不能手术者。

1.单一化疗药物。（1）5-氟脲嘧啶（5-Fu）是治疗胃癌最常用的药物之一，10mg/kg，静滴，隔日 1 次，10 克为 1 疗程。

（2）呋氟脲嘧啶（FT-20F）成为治疗胃癌常用药，成人每 200mg，口服，1 日 3 次，总量为 30 克。

（3）丝裂霉素（MMC），剂量每日为 2mg 加入生理盐水 20ml、静注、或每次 4～10mg，每周 1～2 次，总量 40～60mg。

（4）阿霉素（ADM）每 3～6 周注射 40～60mg，总量不宜超过 550mg。

（5）阿糖胞昔（Ara-C），每日 100～200mg，3～5 次为一疗程。

2.联合化疗：可增加抗癌效果而不增加药物的毒性、或减低毒性而不减少疗效。

（1）FM 方案：5-氟脲嘧啶（5-Fu）300mg/m² 静滴和丝裂霉索（MMC）6mg/m²，静脉冲入，每周 1 次，8 次为一疗程。

（2）FAM 方案：5-氟脲嘧啶（5-Fu）500mg/每周 1 次，阿霉袁（ADM）30～40mg 和丝裂霉宗（MMC）4mg 每 3 周重复 1 次。

（3）MFC 方案：丝裂霉素（MMC）3～4mg/m² 静脉冲入和 5-氟脲嘧啶（5-Fu）300mg/m² 静点及阿糖胞苷（Ara-C）300mg/m² 静点，最初 2 周每周 2 次，以后每周 1 次，8～10 次为一疗程。

（三）放射治疗。

应用加速器进行放射治疗对胃癌有一定疗效。多用于综合治疗，可延长患者存活时间，此外，放射治疗尚有镇痛与止血作用。

（四〕免疫治疗。

目前有用左旋咪唑、单克除抗体、干扰素自细胞介素一Ⅱ.集落刺激因于等作为胃癌辅助治疗手段，其疗效有待进一步观察。

（五）介入治疗。

近年来我国最新采用治疗方法，对于不宜手术的胃癌，胃癌术前，术后的使用可减少复发，其方法是先作腹腔动脉造影。了解胃癌的部位及主要供血动脉，然后将导管选择性插入胃癌的主要供血动脉，注入抗肿瘤药物。

（李柳宁）

第八节大肠癌

大肠癌包括结肠癌、直肠癌及肛门癌。是我国第 4～6 位常见的恶性肿瘤，在消化道的癌肿发病率居第三位。大肠癌的好发部位以直肠为最多（50%），其次顺序为乙状结肠（20%），升结肠（16%），横结肠（8%），降结肠（6%）。大肠癌一般由肠粘膜腺上皮发生，以肠腺癌多见。

大肠癌属中医”积聚”、“脏毒’。“肠僻、”肠罩”，“锁肛痔”等范畴。

大肠癌主要的临床表现是以大便改变为主要特征。临床中因部位和病期

的不同其临床病象有异。可归纳为：1.肠功能疾患或其他慢性疾病症状：（1）大便习惯和性状改变，如大便带血或粘液、便秘、腹泻或两者交替及排便不尽，大便变形、变细等；（2）腹部不适，隐痛或胀气；（3）贫血、消瘦、乏力。2.急性肠梗阻症状：腹部膨隆、肠型及肠鸣亢进等。3.急性结肠穿孔和腹膜炎症状。

体征：直肠癌肛门指检有 75%可触及肿块，盲肠、升结肠和结肠肝曲的癌于相应部位可触及肿块。

临床诊断依据：右结肠癌是以腹块、贫血、全身中毒症状为主；左结肠癌是以肠梗阻症状为主；直肠癌是以大便习惯改变，粘液血便为其突出症状；肛门癌主要表现为便血及疼痛，疼痛于排便时加剧。凡大便潜血试验阳性、直肠指检有异常发现时，应常规进行乙状结肠或纤维直肠镜检查，并取得组织活检而确诊。

中医学认为大肠癌病位在大肠，与脾、肾两脏相关。大肠为六腑之一，司传导之职，宜通而不宜滞。当忧思郁结，七情内伤或因饮食不节，恣食肥甘或辛燥之品，损伤脾胃，运化失司，大肠传导功能失常，湿热内生，热毒蕴结，流注大肠，瘀毒结于其内，火热流注肛门，日久结而为肿。临床上本病多由于正气内虚、脾肾不足或因肠疾，久泻久痢，湿毒瘀滞于肠而成。

现代流行病学研究结果提示大肠癌的发生与环境因素、高脂肪饮食、家庭性肠息肉症、重症溃疡性结肠炎及结肠血吸虫病肉芽肿有较密切的关系。还认为大肠腺瘤和腺瘤上皮增生是大肠癌最重要的癌前病变。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.脾虚湿毒型。

主证：食少面黄，腹胀腹痛，气短乏力，便频使血，伴有粘液，肛门坠胀，舌质淡红而胖苔白腻或薄黄，脉缓。

治法：健脾理气，化湿解毒。

方药：扶脾解毒汤。

党参 30 克，白术 18 克，茯苓 18 克，扁豆 30 克，枳壳 15 克，佩兰 15 克，白头翁 30 克，厚朴 10 克，薏苡仁 30 电，苦参 30 克，白花蛇舌草 30 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中党参、白木、茯苓、扁豆、薏苡仁、佩兰健脾化湿；厚朴、枳壳理气化滞；白头翁、苦参、白花蛇舌草清肠解毒。合而用之、能健脾理气、解毒抗癌。

加减法：腹痛剧加广木香 12 克（后下）、元胡 15 克；腹胀明显加大腹皮 30 克、菜菔子 15 克；血便多加仙鹤草 30 克、地榆 20 克；纳呆加山楂 15 克、鸡内金 15 克。

典型病例：

黄××，男性，68 岁，香港退休工人。两年前因直肠腺癌行保肛手术治疗，到诊时腹胀庯，纳少乏力，肛门坠胀，大便频数而不爽，伴有粘液血便、尿短少，舌淡红略胖，苔薄黄脉细缓。肠镜复查提示吻合口复发，病者 5 年前曾做过膀胱癌手术，不愿再行手术。中医辨证为脾虚湿毒，治宜健脾理气、化湿解毒。用扶脾解毒汤加减。处方：党参 30 克、白术 20 克、苍术 15 克、茯苓 20 克、大腹皮 30 克、厚朴 12 克、薏苡仁 30 克、佩兰 15 克、苦参 20

克、白花蛇舌草 30 克、地榆 20 克。服药 18 剂，便频数明显减少，粘液血便基本消失，复查白细胞正常，配合口服 TT—207 片，每次 200㎎，每日 3 次。并按上方加减和西药综合治疗 3 个月，腹胀痛及肛门坠感消失，大便无粘液脓血。追踪观察 6 年，病人仍带瘤生存。

2.湿热瘀毒型。

主证：腹胀腹痛，痛定拒按，便下脓血，便清不爽，里急后重，纳谷甚少，口苦口干，舌暗红或见紫瘀斑点，苔黄或黄浊，脉弦数。

治法：通下解毒，理气化瘀。

方药：通瘀解毒汤。

大黄 12 克，川连 12 克，枳实 15 克，槐花 30 克，水蛭 6 克，鸡内金 12 克，败酱草 30 克，苦参 30 克，白头翁 30 克，赤芍 20 克，甘草 6 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方取大黄，槐花、川连、白头翁、苦参、败酱草通下清肠解毒为主，合枳实、水蛭、赤芍、鸡内金理气化瘀，以甘草和药并加重解毒之力。

加减法 :腹坠里急明显加厚朴 15 克、僵蚕 9 克 ;腹剧痛加田七末 6 克（冲服）、广木香 15 克（后下）；血便多加地榆 30 克、凤尾草 30 克；发热加黄芩 30 克、葛根 30 克。

典型病例：

欧××，女性，63 岁，退休工人。因粘液血便 2 个月，经肠镜检查和病理证实为直肠腺癌，因有高血压心脏病史，不宜手术。到诊时证见腹痛拒按，每天脓血便数次，里急后重。食谷减退，口干口苦，尿短赤，舌质暗红边带紫、苔黄厚，脉弦略数。证属大肠湿热，瘀毒蕴结。治宜通下解毒，兼以理气化瘀。拟通瘀解毒汤加减。处方：大黄 12 克、川连 15 克、黄芩 20 克、葛根 30 克、槐花 20 克、苦参 20 克、凤尾草 30 克、水蛭 6 克、鸡内金 15 克、樟木子 15 克、生甘草 6 克、枳壳 12 克，服药 14 剂，腹痛消失，粘液血便明显减少。追踪观察 3 年，病者死于心衰。

3.脾肾亏虚型。

主证：面色苍白，眼痛隐隐，头晕气怯，纳呆体瘦，腰痠肢冷，腹鸣而泻，便下脓血腥血，泻后稍安。舌质淡胖或淡暗、苔薄白，脉沉细或沉弱。

治法：健脾固肾为主，兼以清肠解毒。

方药：薏苡附子败酱散加减。

薏苡仁 30 克，制附子 9 克，败酱草 30 克，白术 30 克，淫羊藿 30 克，猪苓 15 克，黄芪 20 克，益智仁 15 克，生甘草 3 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方取黄芪、白术、薏苡仁健脾益气；取制附、益智仁、淫羊藿、猪苓固肾利水；佐生甘草、败酱草以清肠解毒。

加减法：不坠便频加葛根 30 克、秦皮 15 克；久泻不止加石榴皮 30 克、山楂炭 30 克；肛门堵塞加肉苁蓉 30 克、代赭石 30 克；血便多者加大黄炭 15 克、侧柏叶 20 克。

典型病例：

李××，男性，51 岁，科技干部。因结肠癌于 1 年前手术切除后，10 天 CT、B 超检查均提示右肝结节大小为 2.5×1.8㎝。到诊时证见头晕乏力，腰腿痠痛，右上腹隐痛，大便稀烂，日 4—5 次，尿短少，舌质淡暗苔薄白，脉沉细，证属脾肾亏虚。治以健脾固肾，消症解毒。用薏苡附子败酱散加减。处方：生薏苡仁 30 克，制附子 9 克，淫羊藿 30 克，菟丝子 20 克，黄芪 20

克，白术 30 克，猪苓 15 克，败酱草 30 克，炮穿山甲 20 克（先煎）、赤芍 20 克、炙甘草 5 克，服药 21 剂，精神好转，大便成形。宗方加减治疗 3 个月，CT 复查提示右肝内结节缩小为 1.8x1.5㎝。

（二）中药外治法。

1.灌肠疗法：中药保留灌肠以清热解毒为原则。药物为：大黄、败酱草、槐花、鸦胆子、黄柏、苦参、七叶一支花、金银花、皂刺、生甘草，取上药按等分水煎，将 2 次药液混合，取汁 200 毫升，1 次灌肠保留 1—2 小时，每 7 天 1 次。

2.外敷疗法：肛门癌或冗腹部肿瘤外敷方。大黄 50 克，雄黄、黄柏、血竭、黄连、木鳖子、生南星、乳香、没药各 30 克，冰片 20 克，硼砂 10 克，儿茶 15 克。共研细末，治疗时加蜜糖，调成厚糊状，摊于油纸上敷贴于肛门或腹部肿瘤处，每日 1 换。

二、西医治疗

（一）手术治疗。

手术切除是大肠癌的主要治疗方法。术后总的 5 年生存率在 50%左右，病变局限在粘膜下，根治术后 5 年生存率仍可达 90%以上。根据癌肿的部位，病变范围及程度，有无转移决定手术形成。大肠癌 DuKesD 期无法切除者可作放疗、化疗为主的综合治疗。

（二）放射治疗。

放射治疗按其治疗目的要分为根治性放疗、对症性放疗、手术综合治疗。临床多采用与手术结合的综合治疗，术前放疗能使肿瘤体积缩小，有利于提高手术切除率，减少复发率和医源性扩散。术中放疗对疑有残留处和不能彻底切除处适用。术后放疗适用于切除不彻底或木后病理标本证实切缘有肿瘤细胞残留者。

（三）化学治疗。

大肠癌就诊病例中约有 1/3—1/4 属晚期，此外尚有 50%左右的病人在手术后的 5 年内出现复发或转移。术后化学治疗有控制复发和转移的作用。临床常以 5—FU 为基本用药，合并应用其他药的联合化疗方案有：

（1）FOM 方案：

5—FU 发 10mg/kg/天×5/静注 Q.5WKVCR1mg/m²/第 1 天/静注 Q.5wKMe—CCNU175mg/m² 第 1 天，P.O.Q10wk

（2）5—Fu—CF 方案：

CF500mg/m2 在 2 小时内用生理盐水静注，每周重复×6 周。

5—Fu，600mg/m2，静滴，在 CF 开始用后 1 小时给药，每周重复×6 周。

（3）5—Fu—CV 方案：

5—Fu450mg/m2，静推注，第 1—5 天，4 周重复。

IeV（左旋咪唑）50mg/次，3 次/天，连服 2 天，2 周重复。美国四个肿瘤中心协作，用此方案治疗其复发率减少 41%，死亡率减少 33%。

（李真喜）

第九节膀胱癌

膀胱癌是发生在膀胱粘膜上皮组织的恶性肿瘤。

膀胱癌在中医临床中属血证——尿血范畴。

膀胱癌的主要临床表现有：1.间歇性无痛性血尿，为大多数膀胱癌的首发、典型症状。多为无痛性肉眼血尿，亦可为显微镜下血尿。有时可伴有血块。2.尿频尿急。亦为膀胱癌的重要症状，常因肿瘤坏死、出血、感染而发生。3。排尿困难。大多数因肿瘤位于颈部、尿道内口处，或带蒂肿瘤堵塞尿道而引起。有时可由血块堵塞引起。4.肿块。位于下腹部，在极晚期膀胱癌病例中有时也能触及。5.贫血。因急性大量出血可致严重贫血，甚发生休克。

也有部分病人下以血尿为首发症状，而表现为排尿困难、尿潴留，或转移部位的症状，可以远处转移灶为首发症状。

体征：早期病人无阳性体征，晚期病人可出现消瘦、贫血，男性病人通过亘肠指诊，女性病人通过阴道内诊可触及膀胱肿块，或因癌瘤转移压迫骼血管引起下肢浮肿。个别晚期病人下腹部可触及质硬肿块并有压痛。

膀胱癌的临床诊断，凡是 40 岁以上的成年人，出现不明原因的无痛性肉眼血尿；尿液浓缩找到病理细胞；膀胱镜检查和肿瘤组织活检确诊。

中医学认为：膀胱癌病位在膀胱，与心脾肾三脏关系密切。发病原因多为热伤脉络。热蓄膀胱是尿血的主要发病机理。而心、小肠。肝等脏腑之火热，亦能下迫膀胱，损伤脉络，血溢水道而形成尿血。此外，部分尿血是由于气血亏虚，脾肾不固，或气滞血瘀，络阻血溢所致。

西医认为本病的病因至今尚未完全明确，比较公认的有：①长期接触芳香族类物质的工种，如染料、皮革、橡胶、油漆工等。②膀胱粘膜局部长期遭受刺激，如长期慢性感染、膀胱结石的长期刺激以及尿路梗阻，均可能诱发癌肿。③其他如吸烟、寄生虫、病毒等也是致癌因素。④近年药物引起膀胱癌的发生亦引起了重视。如大量眼用非那西汀。

[治疗]

一、中医治疗

（一）分型治疗。

1.热迫膀胱。

主证：小便带血，血色多见鲜红，口渴喜饮，少腹作胀，或腰瘘腰痛，舌红苔黄，脉数。

治法：清热利水，凉血止血。

方药：导赤散加味。

竹叶 12 克，木通 15 克，生地 15 克，甘草 6 克，茅根 30 克，旱莲草 15 克，山栀 12 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：本方以竹叶、木通清热利水；生地养阴凉血；甘草清热泻火；加茅根、旱莲草、山栀凉血止血。

加减法：若出血量较多，可以血余炭 9 克、小蓟 15 克、仙鹤草 20 克、侧柏叶 15 克凉血止血；若见尿赤，少腹胀痛，为下焦热盛，加黄柏 10 克、知母 12 克清热泻火；若便秘者加大黄 6 克、全瓜蒌 15 克；若舌苔黄腻，胸闷纳呆。尿赤腹胀，应加滑石 30 克（先煎）、赤芍 15 克、苡仁 30 克。

2.火毒迫血。

主证：尿血，血色鲜红，并可见衄血，便血，皮肤紫斑等，发热，烦躁，口干唇燥，神疲乏力，舌质红，苔黄腻，脉弦数。

治法：泻火解毒，凉血止血。

方药：黄连解毒汤加味。

黄芩 15 克，黄连 9 克，黄柏 12 克，山栀 12 克，小蓟 15 克，藕节 20

克，丹皮 12 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中黄芩泻上焦之火，黄连泻中焦之火，黄柏泻下焦之火；山栀通泻三焦之火从膀胱而出；共奏泻火解毒之功；加用小蓟、藕节、丹皮凉血止血。

加减法：津亏口干者，可加石斜 15 克、玄参 15 克、花粉 15 克；若尿血见有身热心烦，或有其他部位出血者，应加用犀角地黄汤清热解毒，凉血散瘀。方中犀角一般可用水牛角 30 克代替。

3.心火内盛。

主证：小便热赤，尿中带血色鲜红，心烦夜寐不安，口渴而苦，或面赤，口舌生疮，舌尖红，脉数。

治法：清心泻火，凉血止血。

方药：小蓟饮子加味。

竹叶 15 克，木通 15 克，滑石 30 克（先煎），小蓟 15 克，生地 20 克，蒲黄 9 克，藕节 30 克，栀子 12 克，当归 9 克，甘草 6 克，鹿衔草 20 克。每日 1 剂，水煎服。

方解：方中竹叶、木通降心火、利小便；滑石清热利水；小蓟、生地、蒲黄、藕节凉血止血；栀子泻三焦之火，引热下行：当归引血归经；甘草协调诸药；鹿衔草加强止血之功。

加减法：如见心烦少寐，可加川连 9 克、麦冬 15 克、夜交藤 15 克清心安神；口渴者加石斛 15 克、知母 12 克。4.阴虚火旺。

主证：小便色赤带血，头昏目眩，口渴欲饮，耳鸣心悸，神疲易怒，腰膝使软，舌质红少苔，脉细数。

治法：滋阴清火，凉血止血。

方药：大补阴丸合阿胶汤加减。

黄柏 15 克，知母 15 克，熟地 15 克，龟板 20 克，阿胶 10 克（另烊），生地 15 克，黄芩 15 克，甘草 6 克，旱莲草 15 克，鹿衔草 20 克，小蓟 15 克。

方解：方中黄柏、知母清肾火而保真阴；熟地、龟板滋阴潜阳；阿胶、生地养血止血；黄芩清热；甘草和中；旱莲草、鹿衔草、小蓟凉血止血。

加减法：如有低热，可加银柴胡 12 克、地骨皮 15 克、鳖甲 15 克（先煎）滋阴清热；心烦少寐者加夜交藤 15 克、远志 6 克、酸枣仁 15 克、养心安神。

5.脾肾不固。

主证：久病尿血，血色淡红，面色苍白，精神困顿，体倦食少，头晕目眩，耳鸣心悸，腰膝瘦软，或兼便血、衄血，皮肤紫斑。舌质淡，脉细弱。

治法：补益脾肾、益气摄血。

方药：无比山药丸加味。

淮山 30 克，熟地 20 克，山萸肉 15 克，牛膝 15 克，肉苁蓉 10 克，吐丝子 15 克，杜仲 10 克，巴戟 15 克，赤石脂 15 克，五味子 6 克，党参 15 克，北芪 20 克，白术 15 克，血余炭 10 克，旱莲草 15 克。

方解：方中山药两补脾肾；熟地、山萸肉、牛膝补肾益精；肉苁蓉、吐丝子、杜仲、巴戟补肾助阳；赤石脂、五味子收敛固涩；党参、北芪补脾统血；旱莲草、血余炭加强固涩止血。

加减法：若血出较多，可酌加仙鹤草 20 克、三七粉 3 克、小蓟 15 克等加强止血之功。

6.气滞血瘀。

主证：尿血，血色较暗，少腹刺痛拒按，或可触到积块，时有低热，舌质紫暗或有瘀点瘀斑苔薄，脉细涩或沉细。

治法：行气化瘀，养血止血。

方药：茜根散合蒲黄散加减。

茜草根 30 克，侧柏叶 15 克，瓜蒌 15 克，贝母 15 克，地黄 15 克，当归 9 克，红花 9 克，蒲黄 9 克，郁金 12 克，田七末 3 克（冲）。

方解：方中茜草根、侧柏叶凉血止血；瓜蒌、贝母化痰散结；地黄、当归、红花养血活血；蒲黄、郁金活血止血；田七末行血化瘀止血。

加减法：若少腹有症积痞块者，可加软坚散结消症之品，如牡蛎 30 克（先煎）、夏枯草 15 克、丹参 15 克、莪术 12 克等。

（二）其他治法。

1.吗特灵（苦参碱）1 克加入生理盐水 100㎖ 膀胱内灌注，每日 1 次。

2.鹿衔草、生地、小蓟、茅根各 30 克，山栀 15 克煎服，每日 1 次，治各种尿血。

3.苎麻根 15 克、生地、茯苓各 10 克，海螵蛸 9 克，煎服，每日 1 次。治尿血不止。

4.耳针：脾、肾、肾上腺、膀胱。

二、西医治疗

膀胱癌的治疗仍以手术切除为主，但在手术前后采用化疗或放疗，既能提高疗效又能降低复发率。对不能手术的晚期癌，采用化疗或放疗，有可能提高生存率。

（一）手术治疗。

1.电灼法、电切除法：对单个或散在为数不多的非浸润性浅表的乳头状瘤，体积在 1㎝ 以下者，可经尿道行电灼法或内切镜切除。但复发率高达 60%。

2.膀胱部分切除：切除范围应包括肿瘤所在部位的膀胱壁全层及肿瘤基部周围至少 2㎝ 的肉眼正常组织。手术时，应尽量保护好腹壁切口或用噻替哌溶液（60㎎＋生理盐水 100㎖）浸泡冲洗膀胱腔及切口部位。目前此法常用。3.全膀胱切除术，凡①恶性程度较高，浸润较深，体积大或为数较多的癌瘤；②恶性程度较低，浸润不深但瘤体太大或为数太多，充满膀胱内腔者；③先用其他方法治疗肿瘤不断复发者皆适于做全膀胱切除术。

（二）放射治法：

放射剂量：骨盆常用 4000CGY/4 周，原发灶常用 6000CGY/6 周。放疗多用于老年患者。

（三）化学疗法：1.膀胱腔内化疗：常用于浅表性膀胱癌和电灼或内切或部分膀胱切除术后。灌注以术后 7—10 天开始为直，清晨禁饮不禁食，选用下列抗癌药物的一种用生理盐水稀释成 60—100㎖,排腔膀胱后注入保留 2 小时，每隔 15—30 分钟改变体位 1 次，患侧最好卧 1 小时为佳。因具有药物浓度高，直接浸泡，吸收少，全身副作用少的优点，易为患者接受。灌注药物有：

①噻替哌：是灌注的首选药物。常用 30—60㎎ 溶于 60㎖ 生理盐水中注入膀胱，每周 1 次，共 10 次为一疗程。

②丝裂霉素 C:30㎎ 溶于 60㎖ 盐水中，每周 3 次，20 次为一疗程。

③阿霉素：用 40㎎ 溶于 60㎖ 生理盐水中，每周灌注 1 次，共 3-5 周。

④卡介苗灌注：对治疗浅表性膀胱癌和颈防复发的作用得到公认。常用 60-120㎎，每周 1 次，保留 2 小时，共 6 次。以后每二周 1 次。共 6 次。再后每月 1 次，至 2 年。

2.全身化疗：一般用于晚期浸润性和转移性膀胱癌。药物较多，有 5-Fu、阿霉索，博莱霉索、MTX、CTX、DDP 等。大多主张联合用药，方案有 APC、CRT、CMT、MFC 等。

3.骼内动脉灌注：对某些晚期膀肮癌用作手术前后辅助治疗或作姑息性治疗。如丝裂霉素 C10—40㎎/次，可用 1—5 次。也可用阿霉素 20㎎ 骼动脉灌注，5—10 次为一疗程。

4.支持、营养疗法及西药对症治疗，如抗感染。止血等等。（罗海英）